

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra sociální práce

Diplomová práce

**Název práce: Překážky injekčních uživatelů nelegálních
návykových látek spojené s přístupem k sociálním službám**

**Název práce v angličtině: Barriers to injecting drug users related
to access social services**

Autor práce: Bc. Černá Kateřina

Studijní obor: Sociální politika a sociální práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Urban David, Ph.D.

Místo a rok odevzdání práce: Praha, 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem *Překážky injekčních uživatelů nelegálních návykových látek spojené s přístupem k sociálním službám* vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne: 04.08.2020

Bc. Kateřina Černá

Poděkování

Děkuji vedoucímu diplomové práce doc. PhDr. Davidu Urbanovi, Ph.D. za vedení diplomové práce, cenné rady a konzultace.

V Praze dne: 04.08.2020

Bc. Kateřina Černá

ABSTRAKT

Diplomová práce se věnuje společenské stigmatizaci injekčních uživatelů nelegálních návykových látek, konkrétně se zabývá společenskými stigmaty, jež se mohou objevovat v souvislosti s užíváním návykových látek. Důsledkem společenského stigmatu mohou být překážky, které se objevují při využívání sociálních služeb injekčními uživateli nelegálních návykových látek.

Diplomová práce pojednává o překážkách, s nimiž se setkávají injekční uživatelé nelegálních návykových látek při využívání sociálních služeb. Práce se snaží o identifikaci, zmapování a popsání těchto překážek.

Teoretická část práce se věnuje tématu společenského prostředí, návykovým látkám, závislosti, metodám práce s uživateli návykových látek a překážkám spojeným s využíváním sociálních služeb a ostatních služeb. Hlavní kapitoly zpracovávají teoretická témata související s tématem a názvem diplomové práce. Podkapitoly pak hlavní témata rozpracovávají podrobněji.

Empirická část práce byla realizována prostřednictvím kvalitativního šetření, konkrétně prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumným vzorkem byl soubor klientů kontaktního centra v Ústeckém kraji.

Hlavním cílem práce je identifikovat a popsat překážky, s nimiž se injekční uživatelé nelegálních návykových látek setkávají při využívání sociálních služeb. Další dílčí cíle byly stanoveny následující: Zjistit, jaké služby injekční uživatelé nelegálních návykových látek využívají, jaké mají s těmito službami zkušenosti, zda a s jakými překážkami se injekční uživatelé nelegálních návykových látek při využívání služeb setkali a jaké skutečnosti by mohli pomoci k lepšímu přístupu k sociálním službám a jejich využívání.

KLÍČOVÁ SLOVA

injekční uživatel drog, návykové látky, bariéry, přístupnost služeb, stigmatizace, sociální služby, služby sociální prevence, vyloučení

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the social stigma of injecting users of illegal addictive substances, specifically it deals with the social stigmas that may occur in connection with the use of addictive substances. Social stigma can result in barriers to the use of social services by injecting drug users.

The diploma thesis deals with the obstacles that injecting users of illegal addictive substances encounter when using social services. The work tries to identify, map, and describe these obstacles.

The theoretical part of the thesis describes the topic of the social environment, addictive substances, addiction, methods of working with users of addictive substances and obstacles associated with the use of social services and other services. The main chapters deal with theoretical topics related to the topic and title of the diploma thesis. The subchapters then elaborate the main topics in more detail.

The empirical part of the work was realized through a qualitative survey, specifically through semi-structured interviews. The research sample was a set of contact center clients in the Ústí Region.

The main goal of this work is to identify and describe the obstacles that injecting users of illegal addictive substances encounter when using social services. The other sub-objectives were as follows: to find out what services injecting drug users use, what experience they have with these services, whether and what barriers injecting drug users have encountered in using services and what could help to improve access to social services. services and their use.

KEY WORDS

injecting drug user, addictive substances, barriers, service assesment, stigmatization, social services, social prevention services, exclusion

OBSAH

ÚVOD.....	9
a. TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. SPOLEČNOST A STIGMATIZACE.....	10
1.1. SOCIÁLNÍ ŽIVOT	10
1.2. SOCIALIZACE A FORMOVÁNÍ OSOBNOSTI	12
1.2.1. Socializace	12
1.2.2. Postoj, předsudek, stereotyp	12
1.3. STIGMA A DISKRIMINACE VE SPOLEČNOSTI	14
2. NÁVYKOVÉ LÁTKY	16
2.1. DROGY A JEJICH DĚLENÍ.....	16
2.1.1. Dělení drog dle míry rizika	17
2.1.2. Drogy a postoje společnosti	17
2.2. DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	18
2.2.1. Problémy spojené s užíváním psychostimulancií	18
2.2.2. Zdravotní důsledky užívání návykových látek	19
2.2.3. Sociální důsledky užívání návykových látek	20
3. ZÁVISLOST.....	22
3.1. ADIKTOLOGIE	22
3.2. ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH	23
3.2.1. Závislost na psychoaktivních látkách	23
4. METODY PRÁCE S UŽIVATELI NÁVYKOVÝCH LÁTEK	26
4.1. HARM REDUCTION.....	26
4.1.1. Harm reduction a psychostimulancia.....	27
4.2. NÍZKOPRAHOVÉ PROGRAMY	28
4.3. SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE	29
4.4. DALŠÍ INSTITUCE VYUŽÍVANÉ CÍLOVOU SKUPINOU UŽIVATELŮ DROG 32	
4.4.1. Úřad práce ČR	32
4.4.2. Sociální kurátor.....	33
5. PŘEKÁŽKY PŘI VYUŽÍVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A SLUŽEB V OBLASTI SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	34
5.1. STIGMATIZACE A ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH	34
5.2. BARIÉRY PŘI SOCIÁLNÍ PRÁCI.....	35

5.3. BARIÉRY PŘI VYUŽÍVÁNÍ SLUŽEB INJEKČNÍMI UŽIVATELI NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	37
5.4. INJEKČNÍ UŽIVATELÉ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A POSKYTOVATELÉ PÉČE A SLUŽEB	38
b. PRAKTICKÁ ČÁST	40
6. VÝZKUMNÝ ZÁMĚR A CÍLE VÝZKUMU	40
7. METODIKA PRÁCE	41
7.1. POUŽITÉ METODY HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ.....	41
7.2. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	42
7.2.1. Nominační technika	42
7.2.2. Informace o respondentech	42
8. REALIZACE VÝZKUMU	44
8.1. PŘEDVÝZKUM	44
8.2. POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR.....	44
9. VÝSLEDKY A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	46
10. VÝHODNOCENÍ DÍLČÍCH CÍLŮ A CÍLE PRÁCE.....	58
DISKUZE	64
ZÁVĚR	66
POUŽITÁ LITERATURA	70
SEZNAM PŘÍLOH.....	73
PŘÍLOHY	74

SEZNAM ZKRATEK

ČR - Česká republika

EU – Evropská unie

HIV - z angl. Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

MDMA – zkratka odvozené od chemického názvu 3,4-metylendioxy-N-metylamfetamin

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

NL – návyková látka

tis. - tisíc

UNL – uživatel návykových látek

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá překážkami injekčních uživatelů nelegálních návykových látek, které souvisejí s přístupem k sociálním službám a jejich využívání.

V r. 2018 bylo v ČR odhadnuto 43,7 tis. tzv. problémových uživatelů drog (42,1–45,3 tis.), z toho 33,5 tis. (32,9–34,0 tis.) uživatelů pervitinu a 10,2 tis. (9,9–10,5 tis.) uživatelů opioidů. Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog dosáhl 39,5 tis. (38,7–40,2 tis.). Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR se v r. 2018 meziročně zvýšil – nárůst se týká počtu uživatelů pervitinu i uživatelů opioidů. Nejvyšší relativní počet problémových uživatelů drog je tradičně odhadován v Praze a v Ústeckém kraji, tedy současně v oblastech s vysokým výskytem problémových uživatelů opioidů. Z průzkumu mezi lékaři v r. 2018 vyplývá odhad počtu problémových uživatelů drog 20–24 tis., problémových uživatelů konopí 81–93 tis. osob a problémových uživatelů alkoholu 167–205 tis. osob. (Mravčík a kol. 2019, s. 6)

V rámci své praxe v Kontaktním centru pro drogově závislé v Ústí nad Labem jsem se setkala s uživateli nelegálních návykových látek, kteří měli negativní zkušenost s využíváním některých sociálních služeb. Dané sociální služby tyto klienty nechtěly či nemohly přijmout do svého zařízení, případně je ze zařízení vyloučily, jelikož potenciální klient byl současně uživatelem návykových látek. Jednalo se o služby typu azylový dům, centrum krizové intervence. Zkušenosti s pracovníky Úřadu práce jsou u klientů užívajících nelegální návykové látky též rozmanité. Některá zařízení mají ve vnitřních předpisech (řádu) uvedeno, že pokud je zájemce o službu pod vlivem návykových látek je možné klienta nepřijmout, otázkou zůstává, zda lze tuto skutečnost vždy rozpoznat a objektivně posoudit. Někteří klienti se v sociálních službách střídají a objevují se znovu, tudíž je mohou pracovníci znát, znát jejich minulost, tato skutečnost může rovněž ovlivnit rozhodnutí pracovníka konkrétního zařízení o přijetí či nepřijetí klienta do služby. V některých případech může být z těchto důvodů situace klienta zkomplikována.

Z výše zmíněných důvodů jsem se rozhodla zaměřit svou diplomovou práci na zjištění překážek, s nimiž se injekční uživatelé nelegálních návykových látek mohli při vstupu do sociálních služeb nebo v rámci využívání sociálních služeb setkat. Ráda bych tyto překážky identifikovala a popsala. Práce se také zaměřuje na zjištění skutečností, které by mohly klientům přístup ke službám usnadnit. Pokud se tyto skutečnosti podaří objektivně popsat, mohou být výsledkem doporučení, která by mohla sociálním službám usnadnit jednání s uživatelem nelegálních návykových látek jakožto zájemcem o službu.

a. TEORETICKÁ ČÁST

1. SPOLEČNOST A STIGMATIZACE

Člověk je obklopen dalšími lidmi, jejich přítomnost je označována jako společenské okolí. Toto okolí má vliv na každého jedince, který je součástí společenského dění. Společnost, postoje společnosti v jednotlivých oblastech člověka formují, působí na vnímání a tvorbu lidských hodnot, postojů, stereotypů, mínění. Společnost disponuje kontrolními mechanismy, předkládá společenské normy chování, určuje, co je normální a co již nelze považovat za normální – deviantní. Uživatelé nelegálních návykových látek jsou součástí společnosti, její postoje mohou formovat vnímání sebe samotného a vnímání druhých. (Novotná 2008, s. 33)

Sociální okolí, v němž vyrůstáme může formovat náš vztah k cílové skupině uživatelů návykových látek. Jedinci mající negativní zkušenost s uživatelem návykových látek předávají tuto zkušenost dále, ta bývá přijata v rámci sociálního učení, aniž by dotyčný měl svou vlastní zkušenost. Takto získaný vztah se v kontaktu s uživatelem návykových látek později promítne, buď jedince v tomto vztahu utvrdí nebo ho pozmění.

Tato kapitola se věnuje sociální integraci, procesu socializace jedince do společnosti, postojům, předsudkům a stereotypům, definici stigmatu a diskriminace. Kapitola tyto pojmy vysvětluje a uvádí souvislosti jež mohou pomoci pochopit z jakých důvodů mají jednotlivci a společnost jako celek tendence chovat se k některým skupinám rozdílně či jimi dokonce opovrhovat. Chyby v sociální percepci, předsudky a stereotypy a s nimi související stigma a diskriminace mohou zapříčinit, že někteří klienti, konkrétně injekční uživatelé nelegálních návykových látek mohou pociťovat překážky při využívání sociálních služeb.

1.1. SOCIÁLNÍ ŽIVOT

Člověk je společenská bytost a ke svému životu potřebuje být obklopen ostatními lidmi.

Lidé se sdružují a vytvářejí společnosti již od starověku, toto sdružování má různé formy. Každá forma sdružování obsahuje něco, co jedince spojuje a tvoří z nich celek. Jedná se o tzv. sociální integraci. Sociální integrace má různé formy a rovněž i různé zdroje. Historicky jsou formy sociální integrace následující: společenství, společnost, skupina a organizace.

Společenství je nejstarší forma sdružování, do společenství se člověk narodí, jedná se o první formu sdružování v průběhu života člověka. (Novotná 2008, s. 33-34)

Zdrojem integrace do společenství je historicky ověřené jednání vycházející z jednání předků, takto budou v budoucnosti jednat i potomci. Ve společenství jednají všichni stejně, tudíž jednotliví členové vědí, jaké chování lze od druhých očekávat. (Novotná 2008, s.33-34)

Společnost a její vznik je spojován s průmyslovou revolucí, kdy dochází ke stěhování do měst, lidé se mezi sebou vzájemně neznají a nevědí, co od sebe očekávat. Zdrojem integrace do společnosti se stává zákon stanovující pravidla spoluzití a sankce za jejich nerespektování. Společnost tvoří legislativu a instituce sloužící k jejímu naplňování. (Novotná 2008, s. 33-34)

Sociální skupiny vznikají spontánně, charakteristické jsou společné zájmy členů skupin. Členství v sociální skupině je pro jedince atraktivní v případě, že skupina pomáhá plnit zájmy jedince lépe, než kdyby se nacházel mimo ni. Členové skupiny na sebe berou skupinovou identitu. Mezi jednotlivými sociální skupinami vznikají meziskupinové vztahy, ty se proměňují či trvají. (Novotná 2008, s.41-43)

Vznik *organizací* je spojen s dělbou práce, charakteristická je dělba moci a odpovědnosti. V organizacích dochází ke koordinaci většího počtu jednotlivců. (Novotná 2008, s. 53)

Téměř pro každou společnost, až na pár výjimek např. v podobě nejprimitivnější společnosti, je typické sociální rozvrstvení – označované sociální stratifikace. (Janata 1999, s. 51)

„Pro lidské společnosti je charakteristické agresivní chování orientované na konkurenci, dělbu práce, specializaci rolí, vzájemné závislosti a sledování společných cílů. Tolerantní a intolerantní chování a jeho vyvážení mají instrumentální význam při vzniku společenských struktur. Poměr intolerantních a tolerantních forem chování se neustále mění podle současných společenských potřeb.“ (Janata 1999, s. 51)

Této definici odpovídá vývoj postavení jedinců s psychickou poruchou, k nimž lze zařadit i osoby závislé na návykových látkách. Postavení uživatelů návykových látek je odrazem své doby, kultury a vyspělosti dané společnosti. Z těchto předpokladů vychází i jednotlivé přístupy politik jednotlivých států vůči uživatelům návykových látek.

1.2. SOCIALIZACE A FORMOVÁNÍ OSOBNOSTI

1.2.1. Socializace

K formování osobnosti dochází v procesu socializace, kdy na jedince působí jeho sociální okolí. Socializace je proces, kdy se člověk, který přišel na svět jako biologické individuum, stává společenskou bytostí. Jedná se o soubor přeměn od osvojování základních kulturních návyků, po tvorbu vlastních hodnot a jejich zvnitřnění. Tento proces, označovaný jako sociální učení, se odehrává od nejranějšího věku dítěte vlivem interakcí se sociálním okolím a rodinou. Na učení má rovněž vliv vrozená výbava jedince – specifické zvláštnosti smyslových orgánů, mozek a jeho stavba a funkce, vrozené reflexy a instinkty. (Nakonečný 2009, s. 101-102)

Proces socializace je komplexní, začíná v raném věku a postupně se z působení rodiny přesouvá na vliv školy, zaměstnání, médií, lidí a skupin, jež tvoří společenské okolí daného jedince.

(Nakonečný 2009, s. 101-102)

Všechny výše zmíněné vlivy, jež uvádí Nakonečný (2009), působí na tvorbu postojů, předsudků a stereotypů. Předpokladem pro práci v pomáhajících profesích je nutný vztah s klientem. Jeho osobnost může mít různé charakteristiky, je tedy žádoucí, aby si pomáhající byl vědom všech vlivů, které by mohly na vztah vůči klientovi negativně působit a ovlivňovat ho.

1.2.2. Postoj, předsudek, stereotyp

Termín předsudek a stereotyp je používán ve spojení s pojmem postoj, ten zahrnuje dispozice izolovaného jedince – individuální postoje, tak i kulturní vlivy – postoje celého společenství.

Znalost postojů umožňuje znát a pochopit podmínky, v nichž se postoje tvoří, trvají a mění. Díky jejich poznání lze porozumět příčinám chování. (Novák 2002, s. 7-8)

„Postoj může být definován jako tendence nebo predispozice individua k oceňování určitého objektu, nebo symbolu tohoto objektu, určitým způsobem. Oceňování spočívá v připisování vlastností, které mohou být umístěny v kontinuu žádoucí-nežádoucí, nebo dobrý-špatný. Postoje jsou v tomto smyslu produktem hodnocení, komplexního procesu, v němž jsou integrovány kognitivní, emotivní a konativní složky psychiky.“ (Nakonečný 2009, s. 240-241)

Postoj je subjektivní (není neutrální), vyjadřuje náš hodnotící vztah k sociálním objektům v našem okolí - vyjadřuje naše preference a to, co nevyhledáváme, nemáme rádi. Některé z postojů jsou vrozené, většinu z nich získáváme v průběhu života přímým kontaktem či zkušeností s objekty nebo prostřednictvím sociálního učení.

Nejzákladnější funkce postojů je možnost adaptovat se na prostředí. Soustava postojů je pojem používaný k vyjádření vzájemných vztahů mezi postoji a organizace těchto vztahů. (Výrost a kol. 2019, s. 101)

Vztah postojů a chování je oboustranný, postoje ovlivňují způsob jednání, jednání má ale rovněž vliv na postoje. Myšlení přivádí jedince k akci, ale také akce přivádí k myšlení. (Nakonečný 2009, s. 244)

Postoje jsou zkušeností organizované vztahy k hodnotám, mají individuální význam a plní určité funkce. Funkce postojů jsou následující:

- Funkce instrumentální, adjustační, utilitární: pozitivní postoje jsou utvářeny v souvislosti s odměnami, očekáváním odměny, negativní postoje jsou spojovány s tresty či očekáváním trestu.
- Funkce ego-defenzivní: postoje chrání celistvost osobnosti, chrání jedince před uznáním nepříjemných pravd o své osobě, svých činech.
- Funkce hodnotově expresivní: jedinec může najít uspokojení v tom, že vyjadřuje své postoje a snaží se o jejich realizaci.
- Funkce kognitivní: tendence uspořádat poznatky o světě, o sobě, nacházet ve světě řád rozumět smyslu událostí a jejich vztahům, strukturovat svou zkušenost.

(Nakonečný 2009, s. 248-249)

Vznik **předsudků** je spojen s uvědoměním si skutečnosti, že jsou lidé rozdílní. Vnímaná rozdílnost vyvolává úvahy o nadřazenosti a podřazenosti některých skupin vůči jiným. Předsudky mohou vést vnímanou odlišnost až k násilí, které tuto odlišnost trestá. V průběhu historie lze nalézt několik období, kdy byla jedna skupina postavena do podřízené role a příslušnost k ní byla postihována.

Předsudek je druh postojů vytvořený vůči druhým lidem nebo skupinám, který je založen na zobecněných, často chybných přesvědčeních. (Výrost a kol. 2019, s. 657)

Tato přesvědčení nejsou odrazem reálné zkušenosti. Předsudky vedou k neobjektivnímu negativnímu hodnocení jedinců nebo skupin.¹ Pro předsudky je typická stabilita, často neochota vzdát se jich, ani v souvislosti s objektivními argumenty a vlastní pozitivní zkušeností. (Výrost a kol. 2019, s. 657)

Pojem **stereotyp** označuje obraz, jenž je vytvořen vědomím jedince při přemýšlení o některé sociální skupině, týká se malých i velkých skupin. Dochází k vytvoření obrazu o druhých, tento obraz není vytvořen vlastní zkušeností, ale na základě příslušnosti k dané skupině. Stereotyp je předsudek o určité sociální kategorii. Stereotyp odráží subjektivní přesvědčení, emoční reakci a očekávané chování od vybrané skupiny. Jako první jsou vnímány charakteristiky, které odpovídají našim stereotypům. Přenos stereotypů je zajištěn prostřednictvím kultury, socializace, médií, jazyka. (Výrost a kol. 2019, s. 657)

1.3. STIGMA A DISKRIMINACE VE SPOLEČNOSTI

Historicky se lze setkat s řadou příkladů stigmatizace různých skupin lidí. Typy stigmat vychází z těchto znaků: tělesné odlišnosti, vady charakteru, stigma rasy, národa či náboženství.

Stigma je definováno jako označení jedince hanlivým označením, toto označení jedinci brání či znesnadňuje začlenit se do společnosti. (Hartl 2000, s. 565)

Stigma ukazuje odlišnost jedince, který je na základě některého svého charakteristického rysu, který zaujme naši pozornost a způsobí, že působení jeho ostatních atributů nebudeme vnímat a naši pozornost zaměříme na tuto charakteristiku, která by byla v běžném společenském styku přijata snadno. Tento jedinec je nositel stigmatu, odlišnosti od našeho očekávání.

Osoba se stigmatem je často vnímána, že není docela člověk, tímto předpokladem si obhajujeme různé formy diskriminace, jejím důsledkem je snižování životních šancí této osoby. (Goffman 2003, s. 12-13)

Vady charakteru jako typ stigmatu souvisí se slabou vůlí, dominantní či nepřirozenou vášní a nesmlouvavým přesvědčením a nepoctivostí. Konkrétně se jedná o přítomnost duševního onemocnění, alkoholismus a ostatní závislosti, odlišnou sexualitu, nezaměstnanost, sebevražedné pokusy, kriminální minulost, radikální politické názory. (Ocisková, 2015, s. 170)

¹ Předsudek může být spojen také s přisuzováním pozitivních vlastností, pro potřebu teorie diplomové práce se zabývám pojmem předsudek ve spojitosti s přisuzováním negativních znaků.

Z historického hlediska bylo společensky přijatelné nahlížet na uživatele nelegálních drog negativně a takto s nimi i zacházet. Závislost byla považována za morální problém jednotlivce a nebyla chápána jako záležitost veřejného zdraví. Z tohoto důvodu mohou být uživatelé nelegálních návykových látek považováni za špatné, slabé a problémové jedince a podle této teorie by se s nimi mělo zacházet. Ve společenském okolí se tak mohou uživatelé drog setkat s pohrdáním, nepřátelským chováním, negativními názory a přesvědčením, že si za své problémy mohou tito jedinci výhradně sami. (Ocisková, 2015, s. 170)

Nerovné chování a zacházení s jednotlivci na základě příslušnosti k určité sociální kategorii se nazývá **diskriminace**. Pokud jsou tyto sociální kategorie zvýhodňovány jedná se o pozitivní diskriminaci, dochází-li k jejich znevýhodňování, jedná se o negativní diskriminaci. Negativní diskriminace má podobu aktivní agrese, odmítání pomoci, neverbálních projevů, distancování se kontaktu s příslušníky vybrané sociální kategorie. Některé z těchto projevů podléhají volní kontrole více a některé méně. Lze předpokládat, že projevy nepodléhající volní kontrole (např. neverbální projevy) se budou vyskytovat častěji a ve větší míře než projevy podléhající volní kontrole. (Hnilica 2010, s. 18)

2. NÁVYKOVÉ LÁTKY

Návykové látky a jejich užívání je staré jako lidstvo samotné. V průběhu vývoje společnosti se měnily užívané látky, povaha událostí, při nichž byly tyto látky užívány a rovněž pohled společnosti na užívání návykových substancí. Historicky mladší zkušenost má člověk s návykovými látkami užívanými příležitostně a konzumně. Užívání těchto látek s sebou přináší možný vznik závislosti. (Kalina 2003, s. 85)

Následující kapitola se zabývá kategorizací návykových látek podle míry rizika (tj. měkké a tvrdé drogy) a dle postojů společnosti k drogám (tj. legální a nelegální návykové látky). Právě toto rozdělení může ovlivňovat postoje k návykovým látkám podle toho, do jaké skupiny patří. Lze předpokládat, že postoje k užívání legálních návykových látek budou mírnější a tolerantnější, což neznamena, že důsledky jejich užívání nemohou být stejně závažné, jako užívání nelegálních návykových látek. Uživatel nelegálních návykových látek bude mít za těchto předpokladů obtížnější postavení ve společnosti. Postoje společnosti či jednotlivců budou přísnější, tvrdší a jedinec bude vnímán odlišně než uživatel legálních návykových látek např. tabáku či alkoholu.

Kapitola mimo jiné uvádí důsledky užívání návykových látek v obecné rovině pro užívání psychostimulancií, dále se zabývá zdravotními a sociálními důsledky, které užívání návykových látek přináší jejich uživatelům.

2.1. DROGY A JEJICH DĚLENÍ

Pojem droga v oblasti závislosti je látka s psychoaktivními účinky. Drogy mající schopnost navodit závislost se označují jako návykové látky.

Drogy jsou látky, které mají následující vlastnosti:

- psychotropní efekt – dochází k úpravě prožívání, změnám ve vidění a prožívání světa;
- potenciál závislosti – dlouhodobé, pravidelné užívání látky (substance) vyvolává závislost na této látce a může vést ke ztrátě kontroly nad jejím užíváním.

2.1.1. Dělení drog dle míry rizika

Rozdělení návykových látek podle míry jejich rizika patří mezi nejznámější a nejpoužívanější dělení. Látky s nižší mírou rizika se označují jako „měkké“, ty s vyšší mírou rizika jsou nazývány „tvrdé“.

U osob závislých na psychostimulanciích je stigmatizace v podobné míře jako u uživatelů ostatních tzv. tvrdých drog. Stigmatizace s sebou přináší negativní důsledky, které se projevují jako diskriminace v oblasti zdravotní či sociální péče a pomoci, stigmatizace rodinných příslušníků a sebestigmatizace při dlouhodobém užívání drog. (Ocisková 2015, s.176)

V rámci studie v časopisu *Lancet* od autorů Nutt et al. (2010) byla zkoumána rizika pro jednotlivé návykové látky, zkoumána byla jejich škodlivost pro samotné uživatele, tak i škodlivost pro společenské okolí. Z těchto dvou ukazatelů pak bylo sestaveno celkové skóre škodlivosti, přičemž vyšší skóre škodlivosti znamená pro uživatele vyšší riziko.

Nejvyšší skóre škodlivosti vyšlo u alkoholu (celkové skóre 72), další byl heroin (55), crack (54), metamfetamin (33). Metamfetamin jinak též nazývaný pervitin se z hlediska škodlivosti zařadil na 4. místo, lze se tedy domnívat, že užívání pervitinu patří k těm rizikovějším. Skóre škodlivosti pro pervitin je vysoké především pro samotného uživatele, z hlediska škodlivosti pro ostatní je míra rizika nízká. (Nutt a kol. 2010)

2.1.2. Drogy a postoje společnosti

Rozdělení návykových látek na legální a nelegální je určováno postojem společnosti jako celku, postoj je ovlivněn legislativním rámcem jednotlivých zemí a postihy, které v souvislosti s držetím těchto látek jedinci hrozí.

V r. 2008 byla realizována celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice. Studie přinesla poznatky o postojích k užívání legálních a nelegálních drog. Výsledky studie ukázaly obecně velkou tolerantnost ke každodenní mírné konzumaci alkoholu a k dennímu kouření tabáku.

K legálním návykovým látkám patří alkohol, nikotin, léky na lékařský předpis. Legální návykové látky jsou volně dostupné, většinou za splnění určitých podmínek jako je věk a předepsání lékařem. Užívání těchto látek bývá společností tolerováno. (Běláčková a kol. 2012, s. 113)

Nelegální návykové látky jsou definovány v zákoně a za jejich výrobu nebo držení hrozí finanční postih nebo trest odnětí svobody. Do této skupiny patří všechny ostatní návykové látky, které nepatří k legálním.

2.2. DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Užívání nelegálních návykových látek s sebou nese důsledky pro samotné uživatele, jejich sociální okolí i pro společnost jako celek. Dopady užívání nelegálních návykových látek jsou patrné v oblasti zdravotní, sociální i ekonomické. Zdravotní stav uživatelů se v důsledku užívání drog zhoršuje, sociální vztahy se často rozpadají, sociální síť se zmenšuje, fungování jedince ve společnosti je rovněž značně omezeno a ovlivněno potřebou užít návykovou látku. Z hlediska ekonomického si nejsou uživatelé mnohdy schopni udržet stálé zaměstnání a mít tak konstantní přísun financí. Finanční příjmy často získávají prací na černo či čerpáním dávek hmotné nouze. (Mravčík a kol. 2019, s. 7)

2.2.1. Problémy spojené s užíváním psychostimulancií

Nejběžněji užívaným stimulantem v Evropě je kokain, nicméně v některých zemích, k nimž patří i Česká republika, jsou v užívání stimulantů dominantní amfetamin či metamfetamin.

Přibližně 34 000 lidí vstoupilo v roce 2015 do léčby kvůli problémům s užíváním amfetaminu, a 9 000 uživatelů metamfetaminu, z velké části zejména v České republice a na Slovensku.

Amfetamin a metamfetamin jsou dva podobné stimulanty, častěji je užívaný amfetamin. Historicky bylo užívání metamfetaminu omezeno na Českou republiku, později Slovensko, nárůst užívání byl zaznamenán i v ostatních zemích.

Stimulanty jsou užívány například kvůli funkčnosti umožňující zůstat v bdělém stavu při řízení vozu, práci vyžadující dlouhé hodiny soustředění nebo ve společnosti v prostředí noční zábavy. To znamená, že některá opatření vhodná pro uživatele stimulantů jsou specifická nebo se překrývají s obecnějšími opatřeními v oblasti ochrany veřejného zdraví.

Většina rizik plynoucích z užívání stimulantů je spojena s intenzivním, dlouhodobým užíváním nebo s užíváním vysokých dávek. Rozhodujícím faktorem je také způsob užívání, obecně je kouření či injekční užívání kokainu nebo metamfetaminu spojeno se škodlivějšími dopady na zdraví jedince. (EMCDDA 2017, s. 66-67)

Experimentální užívání může někdy způsobit akutní problémy, ale je to méně časté, zvláště když se jedná o užívání malých dávek. Ačkoli to není zcela obvyklé, některé stimulanty jsou užívány v často opakujících se časových obdobích a užívání trvá několik dní. Tento způsob užívání je označován jako binge užívání, jedná se o nárazový, ale mnohdy nebezpečnější způsob konzumace návykové látky. Jedinec konzumuje větší množství po několik dní. To může způsobit větší míru akutních rizik, k nimž patří psychózy, agrese, paranoia, rozvoj závislosti a dlouhotrvající problémy ve zdravotní a sociální oblasti.

Dlouhodobé užívání stimulantů může způsobit kardiovaskulární problémy jako je mrtvice, kardiomyopatie a infarkt myokardu.

(EMCDDA 2017, s. 66-67)

Darke et al. uvádí ve své studii realizované v r. 2008 negativní důsledky pojící se s nelegálním užíváním amfetaminů, řadí se k nim např. psychózy, kardiovaskulární a cerebrovaskulární problémy, závislost, psychické a psychiatrické problémy, infekční onemocnění, úmrtí. K nejzávažnějším důsledkům spojeným s užíváním amfetaminů patří psychózy, deprese, sebevražedné chování, úzkost a násilné chování (Darke et al., 2008).

Zprávy expertů o uživatelích metamfetaminu z oblasti Athén ukazují související problém násilí, psychóz, špatného zdravotního stavu a celkového špatného stavu. *„Česká republika zase ve srovnání s obecnou populací vykazuje relativně vysoký podíl rizikových uživatelů této drogy na počtu nehod a sebevražd, přestože uváděné celkové počty smrtelných předávkování spojených s metamfetaminem dosahují nízké úrovně. Vysoká míra rizikového sexuálního chování mezi uživateli amfetaminů (ať už injekčních či neinjekčních) může přispívat k vyššímu riziku nákazy virem lidské imunodeficiency (HIV) a dalších pohlavně přenosných infekcí (Degenhardt et al., 2008)“.*

(ZAOSTŘENO - Mapování trendů v užívání, výrobě a distribuci metamfetaminu v Evropě)

2.2.2. Zdravotní důsledky užívání návykových látek

Užívání návykových látek přináší rizika a důsledky po zdravotní stránce, může se jednat o nákazu HIV, žloutenkou typu C, smrtelné předávkování, nehody a sebevraždy spojené s užitím nelegálních drog, v jejichž důsledku umírá sám uživatel návykových látek. (Mravčík a kol. 2019, s. 7)

Značná zdravotní rizika s sebou nese injekční aplikace drog. Míra injekční aplikace je mezi problémovými uživateli* drog vysoká, v ČR tvoří injekční uživatelé 90 %.

**Problémové užívání drog lze charakterizovat jako užívání drog (v užším slovy smyslu: opioidů a centrálních stimulancií) ve vysokém množství a/nebo vysoce rizikovým způsobem, typicky s rozvinutou závislostí, které přináší negativní zdravotní a sociální dopady samotnému uživateli, dalším jednotlivcům z jeho okolí, komunitě i společnosti jako celku. (Mravčík 2017)*

V souvislosti s *injekčním užíváním* se objevují nejzávažnější zdravotní poškození plynoucí z užívání drog. Objevují se komplikace typů absces, záněty žil, endokarditida, tuberkulóza, žloutenka typu B a C, HIV.

Injekční aplikace návykových látek nese rizika v případě sdílení injekčního materiálu s jinými jedinci. O sdílení lze hovořit v případě, že si injekční uživatel půjčí materiál k aplikaci od druhého uživatele (jedná se zejména injekční stříkačku, aquu – roztok určený k naředění aplikované látky, lžičky či stericup – určené k rozdělení substance s roztokem před natažením výsledné látky do injekční stříkačky).

Počet případů nákazy hepatitidou typu C (HCV) je u injekčních uživatelů 500-650 za rok.

(Mravčík a kol. 2019, s. 7)

2.2.3. Sociální důsledky užívání návykových látek

Sociální důsledky užívání drog zahrnují spektrum problémů spojených s bydlením, nezaměstnaností, zadlužeností a ve vztazích s blízkými osobami. Vztah mezi užíváním návykových látek a nepříznivou socioekonomickou situací jedince je obousměrný.

Uživatel návykových látek může pociťovat sociální exkluzi, ta může být významnou bariérou pro návrat do společenského života. Sociální vyloučení je stav, kdy je určitá sociální skupina znevýhodněna, přístup ke kulturním, socioekonomickým, občanským a sociálním zdrojům je omezený. K faktorům podílejícím se na sociálním vyloučení patří problémy s prosazením se na trhu práce, nízká úroveň vzdělání, nízká životní úroveň, zadluženost, příslušnost k národnostní menšině nebo užívání návykových látek. Užívání drog a výše zmíněné faktory lze považovat jak za příčinu, tak i za následek sociálního vyloučení. (Mravčík a kol. 2019, s. 125)

Dle informací Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti jsou uživatelé drog ve vyšší míře nezaměstnaní a mají problémy s bydlením. Překážkou pro uzdravu a sociální integraci je nestabilní bydlení a vysoká zadluženost (81,9 %) tyto skutečnosti často představují neřešitelný problém. Více než polovina problémových uživatelů (52,3 %) má nestabilní či nelegální příjem. Užívání návykových látek představuje jeden z mnoha problémů vyskytujících se v kontextu sociální exkluze a chudoby, tyto jevy jsou často koncentrovány v sociálně vyloučených lokalitách. V sociálně vyloučených lokalitách (SVL) jsou dlouhodobě nejrozšířenější nelegální drogy konopné látky a pervitin. V SVL je poměrně rozšířené injekční užívání drog, často se zde s drogami obchoduje, některé se zde i vyrábí. (Mravčík a kol. 2019, s.7-8)

Injekční uživatelé se často setkávají se stigmatizací a marginalizací. Míra stigmatizace uživatelů nelegálních návykových látek se liší i dle druhu užívané návykové látky a způsobu jejího užívání. Nejvíce negativně hodnocené je injekční užívání. Při injekčním užívání dochází k narušování integrity pokožky, dlouhodobější injekční aplikace je na pokožce později viditelná, kůže se nestíhá regenerovat a místa vpichu jsou zřetelně viditelná. (Ocisková 2015, s. 176)

Injekční užívání se často vyskytuje v komunitách s vysokou mírou sociálního znevýhodnění a u osob s kombinovanými problémy v oblasti chování a sociální přizpůsobivosti. (Mravčík a kol. 2019, s. 8)

3. ZÁVISLOST

Závislost je charakterizována jako stav ztráty kontroly nad užíváním návykové látky, ať už legální či nelegální. Tento stav se odráží v chování a osobnosti jedince. Pro pochopení fungování uživatelů drog ve společnosti, motivů jejich chování a jednání, je nutné definovat, co vlastně závislost jako taková je a co uživateli přináší, jak se projevuje ve vzorcích jeho chování. Nejkomplexnější a nejužívanější pro definici závislosti je **bio-psycho-sociální model závislosti**, jež zohledňuje biologické dispozice, psychickou stránku a společenské prostředí jedince. Aby se dalo o jedinci hovořit jako o závislém, musí splňovat určitá kritéria, konkrétně diagnostická kritéria závislosti. Ne každý uživatel drog musí být závislý, rozhodující je součet kritérií potřebných pro diagnostikování závislosti. (Kalina 2015, s. 140)

Kapitola se rovněž zabývá závislostí na psychostimulancích a jejími specifiky a stigmatizací související se závislostí na návykových látkách.

3.1. ADIKTOLOGIE

Problematikou závislostí a závislostního chování se zabývá vědní obor adiktologie. Adiktologie je multidisciplinární obor zaměřující se na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem potencionálně závislostního chování. Zabývá se dopady závislostního chování na jedince, společnost a sociální reintegraci osob, které v důsledku tohoto chování trápí.

Klinická adiktologie jakožto obor se zužuje na témata související s přímou prací s klientem. Zaměřuje se tedy na léčbu, kterou mohou realizovat medicínské služby, specializované medicínské i nemedicínské služby, služby zdravotní a zdravotně-sociální poskytované současným či bývalým uživatelům drog, rodinám a blízkým klienta. (Kalina 2015, s. 27)

V adiktologii se postupně rozvinulo několik paradigmat, ta pojímají závislosti a poruchy a způsoby práce s jedinci se závislostním chováním různými způsoby. Lze se setkat s následujícími paradigmaty: morální, veřejnozdravotní, psychologické, sociální, psychologicko-sociální, neurobiologické, multifaktoriální, bio-psycho-sociální. Závislost nelze uchopit z jednoho hlediska, je potřeba více perspektiv, které se doplňují, soutěží spolu a sdílí některé společné prvky. (Kalina 2015, s. 101-104)

Adiktologie dodnes vychází z bio-psycho-sociálního paradigmatu. Toto východisko definovala Světová zdravotnická organizace (WHO) v 60.-70. letech 20. století. Vztahuje se na celý problém zdraví a nemoci a na jiné duševní poruchy. Paradigma vychází z pojetí člověka jako celistvé bio-psycho-sociální bytosti ve zdraví, nemoci a léčbě. (Kalina 2015, s. 104)

3.2. ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

V případě závislosti ztrácí jedinec kontrolu v užívání návykových látek. Jedná se o psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami v chování a dalšími reakcemi. Závislost vyvolává puzení užít drogu opakovaně kvůli jejím psychickým účinkům, a aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu. V užívání drogy je pokračováno i přes důkazy škodlivých následků. (Kalina 2015, s. 140)

Závislost je také definována dle Mezinárodní klasifikace nemocí. Závislost a syndrom závislosti je dle MKN-10 soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, vyvíjí se po opakovaném užití látky.

Aby bylo možné diagnostikování závislosti, musí být splněna alespoň tři z těchto kritérií:

- a) Craving – silná touha, pocit puzení užít látku;
- b) potíže v kontrole užívání látky – začátek a ukončení užívání, množství užívané látky;
- c) somatický odvykací stav – tělesné projevy odvykacího syndromu, užití látky ke zmenšení jeho příznaků či užití příbuzné látky pro zmenšení těchto příznaků;
- d) průkaz tolerance – vyžadování vyšších dávek látky, k navození stejného stavu jako při začátku užívání je třeba užití většího množství;
- e) zanedbávání jiných potěšení a zájmů – zvýšené množství času k získání, užívání, zotavení se z účinku návykové látky;
- f) pokračování v užívání i přes škodlivé důsledky – přes důkaz škodlivých důsledků užívání návykové látky na organismus jedinec pokračuje v jejím užívání.

(Kalina a kol. 2001, s. 29-30)

3.2.1. Závislost na psychoaktivních látkách

Psychoaktivní látky působí na lidský organismus povzbudivě, zvyšují psychický i fyzický výkon. Zvýšená výkonost je spojena s postupným snižováním její kvality. Při užití vyššího množství psychoaktivní látky nebo kumulativního užití těchto látek se mohou objevit halucinogenní účinky. (Kalina 2008, s. 356)

Mezi hlavní zneužívané skupiny látek patří budivé aminy a kokain. K budivým aminům se řadí metamfetamin neboli pervitin, amfetamin označovaný jako speed, MDMA (extáze).

V České republice je nejužívanější psychoaktivní látkou pervitin. Ve většině evropských zemí je tomu naopak, užívání amfetaminu převládá nad užíváním pervitinu. Kokain a jeho užívání je v České republice spojeno spíše s movitějšími obyvateli. V EU je užívání kokainu rozšířené zejména ve Velké Británii a ve Španělsku.

Forma užívání metamfetaminu a amfetaminu je injekční, převážně nitrožilní. Intranazální aplikace (tzv. „šňupání“ – užívání prostřednictvím nosní sliznice) je pro tyto látky rovněž typická. Méně častý způsob užívání je prostřednictvím inhalace látky po jejím zahřátí na alobalu nebo perorální aplikace (nasypaní látky do želatinové kapsle a její následné spolknutí).

Jak již bylo zmíněno výše, psychoaktivní látky odstraňují únavu, urychlují myšlení, usnadňují asociace a zvyšují hovornost, po jejich užití nastupuje pocit síly a energie. Užívání rovněž způsobuje nechutenství, s tím souvisí snížený příjem potravy.

Ke krátkodobým nežádoucím účinkům patří: sucho v ústech při intoxikaci, zvýšené pocení, přetížení krevního oběhu, bolesti na hrudi, vysoká zátěž a následně nadměrné vyčerpání organismu, pohybové stereotypy spojené s intoxikací, strach a úzkostné prožívání, pocity pronásledování a ohrožení, nadměrná koncentrace na nějakou činnost, zrychlené myšlení s nižší kvalitou.

Dlouhodobé nežádoucí účinky jsou následující: nápadné zhubnutí, sluchové halucinace, bludy, vznik závislosti psychického rázu.

Odvykací stav je provázen únavou, neklidem, intenzivní touhou k užití drogy. Tělesné potíže souvisí s vyčerpáním organismu, jež byl v době intoxikace přetěžován. Tělesné obtíže vymizí po krátké době, odvykací stav neohrožuje zdraví ani život jedince. (Kalina 2008, s. 356-358)

Lidé vyhledávající léčbu závislosti na stimulantech primárně užívají kokain nebo amfetamin. Jedinci vyhledávající léčbu kvůli závislosti na kokainu jsou nejčastěji uživatelé kombinující kokain s jinými návykovými látkami, jako jsou marihuana nebo alkohol, ostatní návykové látky zahrnující heroin anebo kombinující více drog, jejichž užívání je často injekční formou.

Uživatelé kokainu jsou ze skupiny uživatelů stimulantů nejvíce sociálně začlenění, častěji mají stabilní bydlení a pravidelný finanční příjem. (EMCDDA 2017, s. 68)

Závislost na amfetaminu a problémy spojené s jeho užíváním jsou různorodé, odvíjejí se od sociálních podmínek a způsobu užívání návykové látky. Prozatím není známa efektivní farmaceutická léčba problematického užívání stimulantů.

(EMCDDA 2017, s. 68)

4. METODY PRÁCE S UŽIVATELI NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Uživatelé návykových látek jsou v sociální práci skupinou, jež vyžaduje znalosti a dovednosti nejen z oblasti sociální práce, ale jsou přínosem jsou rovněž znalosti z oblasti závislostí, oboru adiktologie. Pro práci s uživateli je specifický přístup „harm reduction“ (podrobněji viz níže) využívaný zejména v nízkoprahových službách. (Kalina 2008, s. 99)

Kapitola se věnuje intervencím směřem k uživatelům návykových látek, přístupu harm reduction, léčbě uživatelů návykových látek a zákonem o sociálních službách, konkrétně službám sociální prevence, které vzhledem k jejich povaze využívají uživatelé návykových látek nejčastěji. Služby sociální prevence dle definice v Zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. usilují o prevenci sociálního vyloučení jedinců, kteří se z důvodu krizové sociální situace, životních návyků či způsobu života dostávají do konfliktu se společností. (Zákon 108/2006 Sb.)

Dalšími službami, s nimiž mohou dle povahy jejich činnosti přijít injekční uživatelé nelegálních návykových látek do styku, jsou Úřad práce ČR a sociální kurátoři.

Z teorie o vhodných intervencích, jak uvádí Kalina (2008), vyplývá, že vhodně zvolené metody či služby zohledňující závislost na návykových látkách a další specifika mohou pomoci předcházet negativní zkušenosti uživatelů návykových látek se sociálními službami a předcházet vzniku překážek pro možnost využít službu uživateli nelegálních látek.

V začátku užívání návykových látek či v začátku kontaktu uživatele s odbornými službami mají své místo časné intervence. Časné intervence se snaží o nabídnutí pomoci co nejdříve, tedy než dojde k psychickému, somatickému, sociálními poškození nebo vzniku závislosti. Jedná se o krátké odborné postupy navazující na zjištění o užívání návykových látek. Problémy s užíváním návykových látek mohou zachytit pracovníci v nespecifickém kontaktu, např. pedagogové, praktičtí lékaři, psychologové; pracovníci nízkoprahových programů pro uživatele drog využívající přístup „harm reduction“. (Kalina 2008, s. 99)

4.1. HARM REDUCTION

Přístup nazývaný harm reduction se zaměřuje na individuální potřeby uživatelů návykových látek, je spojen s přístupem public health zaměřeným na ochranu veřejného zdraví. (Kalina 2008, s. 100)

Harm reduction se tedy snaží minimalizovat psychické, zdravotní a sociální dopady užívání drog jak na samotného uživatele, tak na celou společnost. Např. poskytnutím sterilního injekčního materiálu se tedy zjednodušeně řečeno chrání jak zdraví jedince (uživatele), tak zdraví celé společnosti.

(Kalina 2008, s. 100)

„V užším pojetí můžeme harm reduction definovat jako soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání drog, a zahrnuje spektrum strategií od bezpečnějšího užívání po strategie vedoucí k abstinenci.“ Tento přístup respektuje klienty v jejich fázi užívání a zaměřuje se na něj. (Kalina 2008, s. 100)

K principům harm reduction patří: zamezení zhoršování poškození v důsledku užívání drog, důstojné zacházení s uživateli, zaměření na dosažitelné cíle, neutralita k legalizaci a dekriminizaci, odlišnost od tzv. války proti drogám.

Tento přístup má rovněž své odpůrce a kritiky. Někteří zastávají názor, že tyto programy nefungují, udržují v užívání drog, podporují užívání drog, snaží se o reformy v oblasti drogových zákonů a legalizaci. (Kalina 2008, s. 102-104)

4.1.1. Harm reduction a psychostimulancia

Injekční aplikace s sebou nese potřebu přístupu k většímu množství injekčního materiálu.

U cílové skupiny injekčních uživatelů drog se jeví jako vhodná reakce nabízet dosažitelné formy poskytování sterilního injekčního materiálu, prezervativů, informací o bezpečnějším užívání, hygienický servis, ošetření žil a drobných poranění. O tom, zda je toto počinání správné, neexistuje pevná důkazní základna, nicméně jsou zde důkazy, že výměnné programy mohou pomoci snížit zdravotní problémy spojené s injekčním užíváním jako jsou např. kožní záněty u injekčních uživatelů. V oblasti rizikového sexuálního chování a dopadů výměnných programů na jeho míru je nedostatek důkazů, které by potvrzovaly vliv těchto programů. V této oblasti je prostor pro budoucí výzkum a rozvoj takto zaměřených služeb.

Existují omezené důkazy o možnosti snížení rizikového chování uživatelů drog pomocí kombinace psychosociálních a behaviorálních intervencí.

(EMCDDA 2017, s. 68)

Česká republika začala s inovativní intervencí v oblasti nízkoprahových služeb pro uživatele metamfetaminu – jedná se o distribuci prázdných želatinových kapslí za účelem podpořit uživatele v užívání drog orální cestou a tím omezit injekční aplikaci a s ní spojená rizika nákazy HIV a žloutenkou typu C. Toto počínání a jeho praktické dopady a dopady na chování uživatelů musí být analyzovány. (EMCDDA 2017, s. 68)

4.2. NÍZKOPRAHOVÉ PROGRAMY

Nízkoprahové programy pro uživatele drog využívající principů harm reduction jsou poskytovány zejména v kontaktních centrech pro drogově závislé a v terénních programech.

Česká republika vychází z dokumentů Evropské a Národní strategie protidrogové politiky na období 2013-2020. V obou dokumentech je princip harm reduction jeden ze 4 pilířů protidrogové politiky (další pilíře jsou: primární prevence, léčba a represe).

Terénní programy a kontaktní centra byly jako první pojmenovány v zákoně č. 379/2005 Sb. (protikuřácký zákon), tyto služby poté definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

(Kalina 2015, s. 280-281)

„Nízkoprahové programy můžeme chápat jako velmi důležitou součást systému péče o uživatele drog. Je to především proto, že je s nimi v kontaktu cca 60 % problémových uživatelů drog, což znamená, že tyto programy pracují s nejširší skupinou klientů.“ (Kalina 2008, s. 105)

Do nízkoprahových služeb chodí různorodá skupina klientů, jež mají odlišné potřeby. Nízkoprahové programy jsou služba prvního kontaktu, často se jedná o první odbornou službu, kde může uživatel hovořit o užívání. Tento prostor umožňuje uživateli reflexi vlastní situace a zároveň získání reflexe, informací a návrhů od pracovníka služby.

Hlavním úkolem nízkoprahových služeb je poskytnout klientovi informace o nabízených službách, seznámit ho s podmínkami pro možnost jejich využívání a nabídnout důvod k dalšímu využívání programu. Klienta lze tímto způsobem udržet v kontaktu a poskytovat mu intervence směřující k bezpečnějšímu životu.

Nízkoprahové programy jsou často mostem k programům a službám jako jsou substituční program, ambulantní či pobytové léčebné programy, zprostředkování lékařské pomoci či sociální služby. (Kalina 2008, s. 106-107)

Díky nízkoprahovému přístupu je možné nabízet uživatelům včasné řešení jejich životní situace a předejít tak vystupňování do té míry, že k řešení by bylo třeba mnohem náročnějších a dlouhodobějších postupů. (Kalina 2008, s. 106-107)

Terénní programy jsou realizovány přímo na ulici, v přirozeném prostředí klientů. Délka péče je závislá na potřebách klienta. Pracovníci služby vyhledávají a oslovují potenciální klienty. Umožňuje reagovat na migraci klientů např. v rámci lokalit a práci přizpůsobovat specifikům těchto lokalit. Dle Standardů odborné způsobilosti jsou terénní programy služby prvního kontaktu v terénu zahrnující komplexní program harm reduction. Cílem je motivace klienta ke změně jeho životního stylu a vyhledání odborných organizací.

Kontaktní centra jsou zařízení pro uživatele drog, která nevyžadují od klientů abstinenci, jsou snadno přístupná, umožňují zachování anonymity klientů. Kontaktní centra nabízejí poradenství, motivační trénink, harm reduction programy, zprostředkování léčby v nízkoprahových či rezidenčních léčebných centrech.

Řada nízkoprahových center spolu vzájemně spolupracuje, některá kontaktní centra jsou propojena s terénními programy a programy primární prevence. Tato praxe je realizována zejména v menších městech. Síťování spolu s ostatními institucemi je pro nízkoprahové služby důležité.

Do programů harm reduction lze řadit také substituční programy, terénní práci na tanečních akcích a aplikační místnosti.² (Kalina 2008, s. 107-108)

4.3. SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE

Služby sociální prevence, dle definice v Zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb., jsou služby, které mají zabránit sociálnímu vyloučení osob. Sociální vyloučení může být důsledkem krizové sociální situace, životními návyky či způsobu života, který vede ke konfliktu se společností. Skupina uživatelů nelegálních návykových látek je ohrožena právě sociálním vyloučením, to mohou zapříčinit životní návyky a způsob života této cílové skupiny. Služby sociální prevence se snaží o pomoc při překonávání nepříznivé sociální situace a ochranu společnosti před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. (Zákon 108/2006 Sb.)

² Aplikační místnost je místnost určená k aplikaci klientem přinesený drog v hygienickém prostředí a pod dohledem odborného personálu – v ČR zatím není.

Z důvodu nepříznivé sociální situace vyhledávají uživatelé nelegálních návykových látek některé ze služeb sociální prevence. Jedná se zejména o služby určené pro cílovou skupinu uživatelů návykových látek a také služby pomáhající při ztrátě bydlení. (Zákon 108/2006 Sb.)

K základním druhům a formám sociálních služeb dle § 32 patří: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Zařízení sociálních služeb jsou dle § 34 následující: a) centra denních služeb, b) denní stacionáře, c) týdenní stacionáře, d) domovy pro osoby se zdravotním postižením, e) domovy pro seniory, f) domovy se zvláštním režimem, g) chráněné bydlení, h) azylové domy, i) domy na půl cesty, j) zařízení pro krizovou pomoc, k) nízkoprahová denní centra, l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, m) noclehárny, n) terapeutické komunity, o) sociální poradny, p) sociálně terapeutické dílny, q) centra sociálně rehabilitačních služeb, r) pracoviště rané péče, s) intervenční centra, t) zařízení následné péče. (Zákon 108/2006 Sb.)

Služby sociální prevence - § 53

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Z hlediska povahy problematiky závislosti a splnění aktuálnosti, využívají uživatelé návykových látek nejčastěji tyto služby sociální prevence:

Azylové domy pomáhají řešit situaci spojenou se ztrátou bydlení. Pro uživatele návykových látek je typická špatná bytová situace, bydlení v nevyhovujících podmínkách či nestabilní bydlení. Tyto charakteristiky dělají z uživatelů návykových látek jednu z cílových skupin azylových domů. V azylových domech není poskytována odborná péče pro uživatele návykových látek, někdy jsou ze služeb vyloučeni, v některých případech mohou v azylovém domě zůstat za předpokladu docházení do odborných služeb.

Dle zákona 108/2006 Sb. patří k základním činnostem azylových domů: **a)** poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, **b)** poskytnutí ubytování, **c)** pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Kontaktní centra jsou nízkoprahovou službou, často slouží jako prvotní služba vyhledaná uživatelem návykových látek. Pracovníci kontaktních center by z hlediska nízkoprahové povahy služby měli být schopni reagovat na různorodou klientelu s různými potřebami. Pozitivní zkušenost je spojená s přístupem Harm reduction, snaží se o zohlednění individuálních potřeb klientů, důstojné zacházení s uživateli a neutrální postoj k legalizaci a dekriminalizaci. Nízkoprahové programy často slouží jako most k vyhledání zdravotních, sociálních a dalších služeb.

Základní činnosti kontaktních center jsou dle zákona 108/2006 Sb. následující: **a)** sociálně terapeutické činnosti, **b)** pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, **c)** poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

Terénní programy nabízejí uživatelům nelegálních návykových látek služby založené na principu Harm reduction v jejich přirozeném prostředí. Často jsou v kontaktu s klienty, jež by jiné služby nenavštívili. Terénní pracovníci mohou hrát důležitou roli z hlediska motivace klientů k vyhledání dalších služeb.

K základním činnostem terénních programů dle zákona 108/2006 Sb. patří: **a)** zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, **b)** pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Terapeutické komunity zajišťují léčbu užívání návykových látek, snaží se o komplexní péči o jedince vedoucí ke zlepšení jeho zdravotní, psychické i sociální situace.

Služby terapeutických komunit poskytují dle zákona 108/2006 Sb. tyto činnosti: **a)** poskytnutí stravy, **b)** poskytnutí ubytování, **c)** zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, **d)** sociálně terapeutické činnosti, **e)** pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Krizová centra jsou pobytová zařízení zabezpečující pomoc osobám v nepříznivé životní situaci, kterou nejsou schopny řešit vlastními silami. V některých případech ji mohou vyhledat i uživatelé návykových látek, kdy se k užívání přidá problém jako například nenadálá ztráta bydlení nebo problémy s partnery.

Služby krizové pomoci realizují dle zákona 108/2006 Sb. tyto základní činnosti: **a)** poskytnutí ubytování, **b)** poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, **c)** sociálně terapeutické činnosti, **d)** pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Noclehárny poskytují nocleh osobám bez přístřeší, pobyt zde je omezen na nejnutnější dobu spojenou se základní hygienou a přespáním. Jak již bylo zmíněno, bytová situace uživatelů je nestabilní, využívání služeb nocleháren je spojeno především s nutností mít kde v neočekávaných situacích (zejména při nižších teplotách) přespát.

Základními činnostmi nocleháren jsou dle zákona 108/2006 Sb.: *a)* pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, *b)* poskytnutí přenocování.

4.4. DALŠÍ INSTITUTE VYUŽÍVANÉ CÍLOVOU SKUPINOU UŽIVATELŮ DROG

4.4.1. Úřad práce ČR

Služby pro nezaměstnané jsou zabezpečovány orgány státní správy, konkrétně úřady práce řízené Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Úřad práce je instituce, jež má pomoci nezaměstnaným či chudým osobám a osobám bez domova nahradit absentující příjem. Zároveň se snaží předcházet dlouhodobé ztrátě zaměstnání, u osob dlouhodobě nezaměstnaných, dochází s postupem času ke ztrátě pracovních návyků, v důsledku toho nejsou schopni návratu na trh práce.

Úřady práce realizují aktivní politiku zaměstnanosti, v praxi to znamená zvyšování kvalifikace uchazečů na pracovním trhu a tvorbu nových pracovních míst.

Další z agend úřadu práce je příjem a vyřizování žádostí jedinců, kteří se ocitli v hmotné nouzi. Jedná se o reakci na chudobu vycházející z myšlenky, že každý jedinec potřebuje určité množství materiálních zdrojů a služeb k zajištění důstojného života. Hmotná nouze je posuzována dle výše příjmu. Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu stanovuje tato příjmová minima: životní minimum a existenční minimum zajišťující minimální příjem pro přežití jedince. Tyto částky zohledňují náklady potřebné k zajištění výživy a dalších základních potřeb. (Matoušek, 2007, s. 79-81)

Uživatelé nelegálních drog jsou dle dostupných informací Národního monitorovacího střediska ve vyšší míře nezaměstnaní, někteří z nich jsou nezaměstnaní dlouhodobě, což spolu se závislostí na návykových látkách způsobuje větší míru ohrožení sociálním vyloučením těchto jedinců. Kontakt s úřadem práce je většinou kvůli žádostem o hmotnou nouzi, podpora v hmotné nouzi je přitom jediným finančním příjmem klientů, může pomoci při zajišťování základních fyziologických potřeb. Dle teorie potřeb Maslowa je nutné nejdříve uspokojit

základní fyziologické potřeby, teprve poté mohou být uspokojovány ty vyšší. Lze předpokládat, že jedinci se zabezpečenými základními potřebami budou vyhledávat společenské kontakty či např. zaměstnání spíše než jedinci bez zabezpečených potřeb.

4.4.2. Sociální kurátor

Uživatelé nelegálních návykových látek mohou mimo sociální služby přijít do kontaktu také se sociálními kurátory. Navštěvování služeb sociálních kurátorů souvisí u uživatelů nelegálních návykových látek nejčastěji s propuštěním z výkonu trestu odnětí svobody, mnohdy pomáhají uživatelům návykových látek se zajištěním ubytování či zprostředkováním kontaktu na zařízení zabývající se léčbou závislosti na návykových látkách.

Sociální kurátoři jsou zaměstnání na odborech sociálních věcí magistrátů či obecních úřadů. Kurátoři pracují se společensky znevýhodněnými dospělými osobami. K jejich klientele patří osoby propuštěné z výkonu trestu, trestně stíhaní, uživatelé návykových látek, jedinci závislí na návykových látkách a jedinci bez domova.

K hlavním činnostem kurátorů ve vztahu k těmto osobám patří:

- poskytování poradenství,
- pomoc při vyřizování dokladů,
- poskytování speciálních peněžitých dávek do výše 1 000 Kč. (Matoušek, 2007, s. 82)

5. PŘEKÁŽKY PŘI VYUŽÍVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A SLUŽEB V OBLASTI SOCIÁLNÍ PRÁCE

Uživatelé návykových látek se setkávají s odmítáním ze strany společnosti jako takové, tak ze strany sociálních služeb a institucí působících v sociální oblasti. Poskytovatelé služeb zaměřených na uživatele návykových látek by měli z povahy své odbornosti umět s cílovou skupinou klientů pracovat. Některé další instituce a služby v oblasti sociální práce a péče mohou být pro klienty nepřístupné z důvodu nejrůznějších překážek, které mohou způsobit, že klient do služby nevstoupí, odmítá nabízenou pomoc nebo ze služby odejde.

5.1. STIGMATIZACE A ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Tématem stigmatizace se ve své studii zabývala Světová zdravotnická organizace (WHO), konkrétně se zabývala nejvíce stigmatizovanými problémy ve společnosti, jako je zločinnost, HIV pozitivita, bezdomovectví, závislosti a další. Závislost na drogách je prvním nejvíce stigmatizovaným problémem. Přestože je se stigmatizací často spojováno psychotické onemocnění a psychiatrickí pacienti jsou vnímáni jako nepředvídatelní a nebezpeční, poruchy spojené s užíváním návykových látek vyvolávají stigmatizující reakce častěji. (Ocisková 2015, s. 157)

Míra stigmatizace může záviset na typu zneužívané látky. Lze říci, že méně stigmatizovaní jsou jedinci závislí na marihuaně, míra stigmatizace závislosti na alkoholu je rovněž nižší oproti závislosti na nelegálních návykových látkách. Větší stigma je spojeno se závislostí na pervitinu a největší míra stigmatu je u uživatelů opiátů, jejichž chování je často nevyzpytatelné a považované za nebezpečné. Míra stigmatizace se většinou odvíjí spíše od viditelných projevů závislosti a tzv. oficiální diagnostické nálepky. (Ocisková 2015, s. 160)

Dle některých studií jsou poruchy spojené s užíváním návykových látek více stigmatizované než jiné zdravotní problémy.

„Vztah mezi stigmatizací a závislostmi se může projevovat jinak než u jiných zdravotních problémů, což komplikuje snahu o zlepšení sociální akceptace osob s těmito potížemi. Stigmatizace zde často bývá používána jako nástroj k odrazení nebo kontrole adiktivního chování, což však má opačný následek, kterým je marginalizace a devalvace celé této skupiny.“ (Ocisková 2015, s. 161)

Stigmatizující postoje k problémovým uživatelům drog (PUD) jsou běžné mezi širokou veřejností, laiky i odborníky. Dopad na uživatele je hluboký a představuje významnou překážku pro jejich zotavení. Mezi důvody této extrémní stigmatizace patří negativní reakce spojené s injekční aplikací a připisování viny a nebezpečí spojených s užíváním návykových látek. Stigmatizace má hluboký vliv na životy PUD, je třeba usilovat o snížení přehnaných obav z uživatelů a pomoci lidem pochopit, že PUD nejsou za svůj stav jednoduše a výhradně „vinni“.

Někteří uživatelé se v přítomnosti neuživatelů drog cítí odmítnuti a stigmatizováni. Buchanan a Young (2000) a další výzkumníci (Jackson, Parker, Dykeman, Gahagan, & Karabanow, 2010) se také zmiňují o PDU, které cítí úzkost v přítomnosti neuživatelů, mnozí se cítí nervózní a mají pocit, že v případě selhání se na ně budou neuživatelé dívat s nechutí. Takovéto pocity připomínají Goffmanův popis problémů, které vznikají při interakcích mezi stigmatizovanými a „normálními“ lidmi. Tyto zkušenosti s reakcí neuživatelů mohou vést k tomu, že se budou problémoví uživatelé drog vyhýbat jakékoliv interakci s neuživateli. (Buchanan i Young (2000) a Jackson a kol. (2010)). (Lloyd 2013)

5.2. BARIÉRY PŘI SOCIÁLNÍ PRÁCI

Bariéra je definována jako překážka či zábrana znesnadňující dosažení požadovaného cíle. Překážka může existovat fyzicky, v psychice jedince či v uspořádání organizace nebo společnosti. (Hartl 2000, s. 69)

V pedagogice a sociální práci je jako bariéra vnímáno organizační nebo technické uspořádání znesnadňující fyzicky (fyzická překážka - schody) nebo kladenými požadavky přístup k využívání služeb. (Hartl 2000, s. 69)

Institucionální bariéry vznikají z povahy dané instituce poskytující služby, může se jednat např. o nastavená pravidla a důraz na jejich dodržování, nedostatečné financování, nedostatečná podpora města a kraje, nedostatek zaměstnanců, nedostatečně kvalifikovaní zaměstnanci, absence vize, absence sítě návazných služeb.

Z hlediska psychiky jednotlivce je **psychická bariéra** zábrana mající podobu společenské normy, zvyku či pravidla. Bariéra ovlivňuje spontánní chování jedince.

(Kalina 2003, s. 33)

Intrapsychické bariéry pochází z vnitřního prostředí psychiky jednotlivce. Intrapsychické bariéry na straně *klientů* mají svůj původ v nízkém sebehodnocení a sebevědomí, pocitu beznaděje a bezmocnosti, nedostatečné komunikační dovednosti, problém s navazováním osobních vztahů, obavy, strach či negativní zkušenost klienta.

Psychické bariéry u *pracovníků* pramení z osobních problémů, syndromu vyhoření, nedostatečné kvalifikace k výkonu profese, neodbornosti či předsudků.

(Kalina 2003, s. 33)

Interpersonální bariéry jsou překážky mezi osobami nebo skupinami osob. V případě vztahu mezi pracovníkem a klientem mohou překážky vycházet z negativního přístupu pracovníka či terapeuta.

Zdrojem negativního přístupu mohou být **předsudky**, které zabraňují soustředit se na klienta a akceptovat ho. Pokud má pracovník od klienta příliš velká očekávání, je nezkušený či má o sobě představu velkých terapeutických schopností, hovoříme o **nedostatečném terapeutickém realismu**. Tento pracovník je klienty zklamaný, hněvá se na ně a má pocit křivdy, což zapříčiní negativní přístup ke klientovi.

Profesní vyhoření je spojeno se ztrátou smyslu v profesi, ztrátou víry a skepsí, pracovník nemá v tomto případě klientovi co nabídnout.

Emoční zapletenost pracovníka v terapeutickém vztahu upřednostňuje plnění jinde neuspokojených potřeb. Jedná se o potřeby typu být pro někoho důležitý, potřebu pečovat, potřebu moci, potřebu uznání apod.

Zaměňování pomoci a výchovy pramení z nedostatku odborné zkušenosti a vedení nebo neuspokojených rodičovských kompetencí a potřeb. Pracovník snažící se vychovávat chce klientovi dominovat, kontrolovat ho, trestat a moralizovat.

Postoj k sobě samému ovlivňuje postoj ke klientovi, tedy nemá-li terapeut pozitivní postoj k sobě samému, nelze očekávat pozitivní postoje ve vztahu ke klientovi.

(Kalina 2003, s. 33-34)

Vlastní **nevyřešený postoj k drogám** v případě experimentálních uživatelů, kteří mají s drogou pozitivní zkušenost a nezačali na ní být závislí, může způsobovat pohrdání, pocit nadřazenosti, bagatelizaci problémů či pocit ohrožení terapeuta klientem. (Kalina 2003, s. 33-34)

Nízká nebo situačně **snížená frustrační tolerance**, přílišná citlivost terapeuta rovněž ovlivňuje vztah ke klientovi. Terapeut se cítí brzy unavený, dotčený nebo zranitelný, neumí adekvátně reagovat na běžné zátěže všedního dne. (Kalina 2003, s. 33-34)

5.3. BARIÉRY PŘI VYUŽÍVÁNÍ SLUŽEB INJEKČNÍMI UŽIVATELI NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Mezinárodní výzkum zaměřený na injekční uživatele drog nazvaný *„Factors that help injecting drug users to access and benefit from service“* ukázal, že se potýkají s mnoha bariérami při využívání služeb zabývajících se drogovou závislostí, léčbou závislostí a dalších.

Jedná se o služby poskytující péči – konkrétně zdravotní či nezdravotní intervenci, které mohou ovlivnit míru zdravotních a sociálních rizik spojených s injekčním užíváním. Jedná se o služby specializované na drogovou problematiku, výměnné programy, praktické lékaře, sociální a ubytovací služby či zařízení.

Zjištěné překážky jsou způsobeny následujícími faktory: strukturálními faktory na straně poskytovatelů služeb a individuálními faktory pocházejícími z osobnostních charakteristik uživatele návykových látek. Tyto faktory mohou u uživatelů, kteří potřebují podporu, způsobit ztrátu motivace. (Neale 2007)

Strukturální bariéry souvisí s nedostatečným poskytováním služeb – byl identifikován nedostatek služeb pro injekční uživatele nebo nedostatek služeb, které by se uměly vypořádat s vysokými nároky klientů, s tím souvisí nízká informovanost klientů o rozsahu služeb, které mohou využívat. Bariéry spojené s doplňkovými službami zahrnují převážně překážky spojené s byrokracií – jako je příliš úředníků, dlouhé čekací doby, nevyhovující otevírací doba, nedostatek služeb péče o děti, negativní a nesympatické postoje personálu.

(Neale 2007)

Individuální faktory se dělí na 2 podkategorie: 1. demografická charakteristika a osobní okolnosti, 2. psychický stav a očekávání uživatele od péče či léčby.

Individuální překážky spojené s psychickým stavem klienta a jeho očekáváním od péče zahrnují široké spektrum pocitů. (Neale 2007)

Někteří uživatelé nevidí užívání drog jako problém, z tohoto důvodu služby a péči nevyhledávají. Naopak někteří se cítí zahanbeně, trapně či vinni za užívání drog a obávají se přístupu personálu. Někteří nevyhledají služby, jelikož věří, že dostupná léčba a služby nereagují na jejich problémy, nezamlouvá se jim nabídka služeb nebo se domnívají, že nejsou způsobilé jim pomoci. (Neale 2007)

5.4. INJEKČNÍ UŽIVATELÉ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A POSKYTOVATELÉ PÉČE A SLUŽEB

Uživatelé návykových látek vyžadují podporu řady poskytovatelů služeb. Vedle služeb specializujících se na závislostní chování k nim patří všeobecní lékaři, lékárníci, personál nemocnic, sociální pracovníci a pracovníci v oblasti bydlení, vzdělávání a služeb zaměstnanosti. Tématem stigmatizace a bariér spojených s přístupem k zdravotním a sociálním službám se zabývala kvalitativní studie nazvaná *Barriers to accessing generic health and social care services*. Jednalo se o kvalitativní studii injekčních uživatelů návykových látek. Studie se zaměřovala na služby v oblasti veřejného zdraví a na služby sociální péče, konkrétně na základní zdravotní péči, lékařenské služby, nemocniční zařízení, služby v oblasti psychiatrie, služby zabývající se bydlením a bezdomovectvím, sociální služby a služby v oblasti zaměstnanosti. Studie se nevěnovala službám, které jsou specializované na léčbu závislostního chování. (Neale 2008)

Již realizované studie ukázaly, že injekční uživatelé vyhledávající nespecializovanou lékařskou péči jsou označováni jako „nároční“ a „nevděční“. Tyto postoje byly zjištěny u praktických lékařů. Praktičtí lékaři a všeobecní zdravotníci se mohou vyhýbat práci s uživateli, protože se domnívají, že je to mimo oblast jejich působení, mají pocit nedostatečné kvalifikace, obávají se špatných léčebných výsledků či mají s uživateli návykových látek strach. (Neale 2008)

Z hlediska přístupu injekčních uživatelů ke službám v oblasti veřejného zdraví a službách sociální péče byly zjištěny překážky na straně samotných klientů a také překážky na straně personálu zařízení.

Překážky na straně klientů byly popsány následovně: Klienti nejsou schopni přistupovat k požadované pomoci – kvůli nezpůsobilosti není k dispozici žádná podpora, klienti odmítají pomoc, nejsou schopni vyplnit formuláře. (Neale 2008)

Pro cílovou skupinu injekčních uživatelů nelegálních návykových látek jsou zatěžující schůzky – uživatelé mají příliš mnoho schůzek, často v celé řadě různých agentur; zapomínají na schůzky, jsou nuceni čekat dlouhou dobu ve službách a cítí se příliš unavení nebo nedostateční na to, aby se mohli účastnit schůzek. S tím mohou úzce souviset problémy při cestování za službami, problematika může být vzdálenost, nedostatek vhodné dopravy, vysoké náklady na dopravu. Dalším problémem může být zdravotní stav uživatele, problémy spojené s pohyblivostí či např. abstinenční příznaky, deprese.

Překážky na straně personálu souvisely se stigmatem a negativními postoji personálu, stigma a postoje se týkaly užívání drog a předpokládaného kriminálního chování uživatelů drog.

Některé z překážek byly u některých služeb zřetelnější než u jiných a ovlivnily určité podskupiny injekčních uživatelů návykových látek více než jiné, dopad jakékoli překážky byl podmíněn řadou faktorů. Z dostupné studie vyplývá, že jsou zastoupeny všechny výše uvedené typy překážek v poskytování péče - institucionální, psychické a intrapsychické. (Neale 2008)

b. PRAKTICKÁ ČÁST

6. VÝZKUMNÝ ZÁMĚR A CÍLE VÝZKUMU

Uživatelé nelegálních návykových látek jsou v sociálních službách jednou ze skupin přinášející pro sociální práci s touto cílovou skupinou řadu výzev. Klienti této cílové skupiny vyžadují mnohdy péči ve více oblastech, nejčastěji v sociální a zdravotní.

Zkušenost uživatelů s některou ze sociálních služeb může ovlivnit rozhodování pro navázání spolupráce s ostatními službami. Lze předpokládat, že negativní zkušenosti jedince se sociální službou zapříčiní, že jedinec postupně ztratí víru v instituce tohoto typu a příště ji vůbec nenavštíví. Neřešené problémy se budou stupňovat a následná péče bude mnohem náročnější a nákladnější, ať už se jedná o právní, zdravotní či osobní záležitosti jedince. Je žádoucí řešit situaci, která nastala včas, například v právních a zdravotních záležitostech mnohdy právě o čas jde. Je tedy důležité a žádoucí, aby měla cílová skupina nelegálních uživatelů návykových látek důvěru v instituce poskytující sociální služby.

S využíváním sociálních služeb se mohou pojit překážky, které mohou spolupráci či její navázání nebo průběh ztěžovat, ohrožovat nebo jí zabraňovat.

Výzkumným záměrem práce je zjistit, s jakými překážkami se setkávají injekční uživatelé nelegálních návykových látek při využívání sociálních služeb.

Cílem výzkumu je *identifikovat a popsat překážky s nimiž se injekční uživatelé/ uživatelé nelegálních návykových látek potýkají při využívání sociálních služeb.*

Dílčí cíle byly stanoveny následující:

Jaké služby klienti vyhledávají a využívají?

Jaké jsou zkušenosti klientů s těmito službami?

S jakými překážkami se klient ve službách setkal?

Co by klientům mohlo přístup ke službám usnadnit?

7. METODIKA PRÁCE

V diplomové práci byla použita kvalitativní výzkumná metoda, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Metoda byla zvolena vzhledem k povaze zkoumaného tématu.

Kvalitativní výzkumné metody se snaží zachytit vnímání tématu očima participantů, popsat kontext zkoumaného jevu a zdůraznit zachycení probíhajících procesů. Z hlediska získávání dat kvalitativní výzkumná strategie usiluje o otevřenost v odpovídání.

Rozhovor je jednou z metod kvalitativního výzkumu, tazatel dává respondentovi otázky a získává od něho odpovědi. Tímto způsobem dochází ke shromažďování dat o konkrétní problematice. Průběh rozhovoru může určovat osnova, kterou má tazatel k dispozici.

(Hendl, Remr, 2007, s. 81, 84)

Při výběru metodiky byly zohledněny i specifika adiktologického výzkumu, jelikož se zkoumané téma jistým způsobem k adiktologii vztahuje. Zde nastala otázka problematiky výběru účastníků kvalitativního výzkumu. Je nutné najít reprezentativní výběrový soubor, aby byla splněna jedna ze základních podmínek pro možnou generalizaci zjištění na cílovou populaci. Metod snažících se dosáhnout výběrového vzorku je několik, každá má ale svá omezení. Jako nejpoužívanější metody v kvalitativním výzkumu lze označit tyto: účelový výběr, teoretický výběr, metoda sněhové koule, kvótní výběr, stratifikační výběr, příležitostný či namátkový výběr. Jaké metody či jaká pojmenování lze všeobecně používat si nedovoluje určit téměř žádný autor, souhrnně lze říci, že metoda výběru kvalitativního výzkumu není předem dána a téměř vždy se jedná o kombinaci metod.

(Miovský, Čermák, Řehan, 2004, s.78- 80)

7.1. POUŽITÉ METODY HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

Po sebrání dat od respondentů byla data interpretována a podrobena analýze. Rozhovory byly vyhodnocovány technikou otevřeného kódování. Kódování spočívá v přiřazení kódů jednotlivým oblastem výpovědi a následném zařazení do kategorií. Výpovědi respondentů jsou tímto způsobem rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Díky tomuto postupu lze s nově vzniklými částmi textu dále pracovat.

Dále byla data interpretována a analyzována. Jedná se o subjektivní zpracování získaných údajů výzkumníkem. Cílem interpretace a analýzy je formulovat závěry a identifikovat výsledky ve vztahu k určité zkoumané populaci.

Dalším krokem byla realizace obsahové analýzy, jedná se o zaznamenávání četnosti výskytu daného jevu. Byl identifikován soubor překážek vyskytujících se při využívání sociálních služeb injekčními uživateli návykových látek. Dále bylo zjišťováno, kolikrát respondenti ve výpovědi zmiňují určité jevy charakterizované jednotlivými dílčími cíli výzkumu.

7.2. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

7.2.1. Nominační technika

Za účastníky kvalitativního výzkumu byli zvoleni klienti navštěvující **Kontaktní centrum pro drogově závislé v Ústeckém kraji** (dále respondenti). S ohledem na anonymizaci údajů není uvedeno konkrétní město, ale pouze kraj.

Kritéria pro výběr respondentů byla následující:

- injekční užívání nelegálních návykových látek,
- využívání sociálních služeb,
- délka užívání delší než 10 let.

Výzkumu se účastnilo 10 klientů z Ústeckého kraje.

Respondenti byli doporučeni pracovníky již zmiňovaného zařízení - jednalo se o účelový výběr, respondenti byli k účasti na kvalitativním výzkumu vybráni podle výše zmíněných kritérií. Tato kritéria byla nastavena tak, aby bylo možné získat informace vedoucí k cílům výzkumu.

7.2.2. Informace o respondentech

Pohlaví, věk, doba užívání, v kolika začal užívat, jakou návykovou látku užívá?

R1: žena, 41 let, 10 let užívání, pervitin

R2: muž, 38 let, 24 let užívání, pervitin a občas subutex ilegálně

R3: muž, 52 let, 32 let užívání, pervitin

R4: žena, 42 let, 35 let užívání, pervitin

R5: muž, 39 let, 11 let užívání, pervitin

R6: muž, 38 let, 22 let užívání, pervitin, subutex ilegálně

R7: muž, 29 let, 12 let užívání, pervitin, marihuana

R8: žena, 43 let, 20 let užívání, pervitin

R9: žena, 36 let, 16 let užívání, pervitin

R10: muž, 40 let, 23 let užívání, pervitin

8. REALIZACE VÝZKUMU

8.1. PŘEDVÝZKUM

Před zahájením samotného kvalitativního šetření proběhl předvýzkum. Předvýzkum měl za cíl ověřit, zda jsou otázky v polostrukturovaném rozhovoru vhodně formulovány, zda jim respondenti rozumí a jsou schopni na ně odpovědět, jsou-li získané odpovědi na otázky směřující k cíli výzkumu. V praxi předvýzkum proběhl tak, že byla vybrána skupina 3 zástupců, kterým byly kladeny otázky dle osnovy rozhovoru. Na základě sebraných odpovědí bylo vyhodnoceno, zda je možné prostřednictvím nich získat odpovědi vztahující se k cíli výzkumu. Závěrem předvýzkumu bylo přijetí opatření, jež by mohla zabránit nepřesnostem v odpovídání respondentů na vybraná témata. U některých otázek bylo zpřesněno jejich znění tak, aby jim respondenti porozuměli. Rovněž se ukázalo, že je vhodné v začátku rozhovoru zmínit, co jsou sociální služby a uvést o jaké služby se může jednat.

Samotné rozhovory s klienty bylo realizováno v období od 1.5. do 2.7.2020, v tomto období bylo realizováno 10 rozhovorů s klienty kontaktního centra.

Respondentům byla zaručena anonymita, rozhovor byl pro potřebu přepisu nahrán.

Na začátku rozhovorů byli tazatelé informováni o využití získaných informací anonymní formou, že nejsou správné ani špatné odpovědi a byl sdělen účel a podstata výzkumného projektu. Rovněž bylo zmíněno, jaké služby lze řadit k sociálním službám tak, aby měli respondenti jasno v terminologii. Rozhovory s klienty probíhali v terapeutické místnosti, aby nebyly výpovědi ovlivněny jinými klienty a ostatními rušivými vlivy a podněty.

8.2. POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

S jednotlivými respondenty byl proveden polostrukturovaný rozhovor. Osnova polostrukturovaného rozhovoru viz. Příloha č. 1 - POLOŘÍZENÝ ROZHOVOR s uživateli nízkoprahových služeb

Polostrukturovaný rozhovor se věnoval následujícím oblastem:

- sociální služby využívané respondenty – jaké služby respondent využil
- zkušenosti se sociálními službami – jakou má respondent se službami zkušenost, kdy je využil, za jakých okolností

- překážky spojené s využíváním sociálních služeb – co zabraňuje či stěžuje respondentům služby využívat
- další využívané služby – navštěvuje respondent ještě jiné služby či instituce, pokud ano jaké jsou jeho zkušenosti s nimi
- podněty k usnadnění přístupu ke službě – co respondent potřebuje, co by potřeboval změnit

Respondenti mohli na otázky volně odpovídat, vyjadřovat své zkušenosti a názory.

9. VÝSLEDKY A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Vyhodnocení rozhovorů s injekčními uživateli nelegálních návykových látek (IUNNL)

Kategorie č. 1 – Sociální služby navštěvované IUNNL

Tabulka č. 1 – Sociální služby navštěvované IUNNL

	KC	TP	NO	AD	ADMD	NDC	KRC	NP	TK
R1	x			x			x		
R2	x	x	x	x					
R3	x		x	x					
R4	x	x		x			x		
R5	x	x		x					
R6	x	x							
R7	x								x
R8	x		x				x		
R9	x		x				x		x
R10	x		x	x					

Vysvětlivky:

Zkratky v tabulce: KC – kontaktní centrum, TP – terénní program, NO - noclehárny, AD – azylový dům, ADMD – azylový dům pro matky s dětmi, NDC – nízkoprahové denní centrum, KRC – krizové centrum, NP – následná péče, TK – terapeutická komunita.

R1 – R10: Respondent 1 – respondent 10

Symbole v tabulce: x – návštěva služby

Z povahy služby, kde byly rozhovory s klienty realizovány je zřejmé, že všichni respondenti využívají služby **kontaktních center** pro drogově závislé. Respondenti využívají v kontaktním centru převážně službu výměnného programu, jehož principem je výměna či poskytnutí sterilního materiálu určeného pro aplikaci návykových látek. (R5: *Do sociálních služeb chodím do Káčka na výměnu.*), dále čerpají služby sociálního poradenství, často se pojí s pomocí při uplatňování práv a oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí. Tato činnost je realizována prostřednictvím asistence pracovníků kontaktních center např. při vyřizování osobních dokladů klienta. (R3: *Chodím pravidelně do Káčka na výměnu a někdy mi pomáhají se sociálníma věcmi a třeba zařídit občanku když jsem jí ztratil.*)

Druhou nejčastěji využívanou službou byly **azylové domy**, respondenti uváděli využívání pobytových služeb azylového domu na přechodnou dobu. (R1 - *Dřív jsem bydlela na azylovém domě, myslím, že asi ve třech,* R2- *bydlel jsem na azyláku na ubytovně kde jsem měl svůj pokoj*). Délka pobytu v azylovém domě se u respondentů lišila, nejdelší pobyt nepřesáhl délku 3 měsíců (R10- *chvilu na azylovém domě, R5: Taky sem bydlel asi 4 měsíce na azylovém domě.*)

Využívání služeb azylového domu bylo u respondentů spojeno s nepříznivou životní situací, v níž potřebovali pomoci. Jedná se např. o situaci po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, kdy v tomto případě neměl respondent možnost návratu do původního místa bydliště. (R3 – *Po výkonu trestu jsem šel do azyláku na ubytovnu, neměl sem se kam vrátit.*)

Noclehárny, které jsou často zřizovány při azylových domech poskytují osobám bez přístřeší přenocování. Četnost využívání služeb nocleháren byla uváděna jako občasná (R2 – *párkrát jsem přespal na noclehárně.*), čerpání služby bylo vztahováno i k ročnímu období, lze předpokládat, že v zimě je potřeba přenocování naléhavější než v teplých měsících (R10 – *V zimě jsem byl na noclehárně.*)

Další službou využívanou respondenty jsou **terénní programy** navazující kontakt s klienty v jejich přirozeném prostředí, kontakt je iniciován samotnými klienty, kteří pracovníky sami oslovují, nebo pracovníky služby. V rámci terénních programů je využívána služba výměnného programu (R2 – *využívám terénní programy.* R6- *Někdy potkám kluky z terénu, u nich měním.*).

Krizová centra realizují pomoc v krizových situacích, u respondentů se jednalo o situace spojené se ztrátou bydlení, v některých případech se jednalo o klientky s dětmi, jež se ocitly bez bydlení (R1 – *chvíli jsem byla na krizovym centru ještě když jsem u sebe měla nejmladší holku.* R4 – *Na krizovym centru jsem byla tenkrát s dítětem když jsem u sebe ještě měla.*). Z důvodu nepříznivé situace spojené se ztrátou bydlení byla využívána pobytová služba krizového centra, jednalo se o čerpání služby na přechodnou dobu. (R1 – *chvíli jsem byla na krizovym centru.*). V některých případech byl s respondentem, jakožto zájemcem o službu proveden vstupní pohovor, na jeho základě bylo rozhodnuto o nepřijetí klienta do služby. Na samotné využívání služeb krizového centra tedy nedošlo. (R8 – *Byla jsem v krizovym centru na pohovoru.* . R4 – *Na krizovym centru jsem byla tenkrát s dítětem když jsem u sebe ještě měla na pohovoru.*)

Respondenti uvedli využívání služeb **terapeutických komunit**, tato služba poskytuje pobytové služby pro závislé na návykových látkách, které mají zájem začlenit se do běžného života. Služba byla klienty vyhledána z důvodu léčby závislosti (R7 – *jinak jsem byl jsem před 2 rokama v komunitě, šel jsem se léčit.* R9 – *Jednou jsem byla v komunitě na léčbě.*)

Využívání služeb **azylových domů pro matky s dětmi, nízkoprahových denních center a služeb následné péče** neuvedl žádný z klientů.

Kategorie č. 2 – Hodnocení zkušenosti IUNNL se sociálními službami

Tabulka č. 2 - Hodnocení zkušenosti IUNNL se sociálními službami

	KC	TP	NO	AD	KRC	TK
R1	+			-	+	
R2	+	+	+	+		
R3	+		-	-		
R4	+/-	+		+/-	-	
R5	+	+		+/-		
R6	+	+				
R7	+					+
R8	+		-		-	
R9	+		+		-	+
R10	+		-	-		

Vysvětlivky:

Zkratky v tabulce: KC – kontaktní centrum, TP – terénní program, NO - noclehárny, AD – azylový dům, KRC – krizové centrum, TK – terapeutická komunita.

R1 – R10: Respondent 1 – respondent 10

Symbole v tabulce: + pozitivní zkušenost, - negativní zkušenost, +/- pozitivní i negativní zkušenost

Zkušenosti respondentů se sociálními službami byly následující:

A) Pozitivní zkušenost se sociálními službami

Převážně pozitivní zkušenost byla respondenty uváděna v případě **kontaktních center pro drogově závislé**, dle výpovědí respondentů byl kontakt s těmito službami bezproblémový (R1: *V káčku jsem nikdy problém neměla, tam vědí, že člověk bere drogy, jinak by tam nechodil.* R2: *Se všema službama mám dobrou zkušenost,* R7: *Do Káčka jsem chodil ještě před komunitou. Chodím za nima rád.* R8: *S káčkem dobrá zkušenost.* R9: *Jo a v Káčku taky dobrý.* R10: *V káčku sem nikdy problém neměl*), pozitivně byla hodnocena zkušenost, kdy se klient cítil v kontaktním centru dobře a komfortně, pozitivně je vnímána rovněž pomoc pracovníků služby (R5: *a zkušenost je dobrá, když jsem potřeboval tak mi vždycky pomohli.* R6: *Bylo to tam v pohodě, nikdo na mě divně nekoukal a dobře jsem si s nima pokecal, párkrát mi dost pomohli*).

Služby **terénních programů** byly respondenty hodnoceny zcela pozitivně, (R2: *Se všema službama mám dobrou zkušenost.* R4: *terén taky v pohodě.*) jako žádoucí se ukázala snaha pracovníků pomoci klientovi a navazování kontaktu v přirozeném prostředí klientů bez ostychu pracovníků. (R5: *zkušenost s káčkem i terénem je dobrá, když sem potřeboval tak mi nějak vždycky pomohli.* R6: *A teréňáci taky v pohodě kluci, pokecaj s váma a nestydí se bavit se sváma na ulici i když ostatní občas blbě koukaj.*).

Služby **nocleháren** byly hodnoceny pozitivně v případě, kdy si byl respondent vědom všech pravidel služby a respektoval je. (R2: *nikomu nevadilo, že užívám drogy když jsem dodržoval pravidla a chodil včas*. R9: *Když bude v zimě nejhůř, tak tam zase půjdu*).

Pozitivní zkušenost v případech **azylových domů** byla spojena se skutečností, že pracovníci azylového domu věděli o klientově užívání návykových látek. Pokud byl klient schopen respektovat pravidla nastavená azylovým domem, nebylo užívání návykových látek shledáno jako problémové. (R2: *V azylovym domě nikomu nevadilo, že užívám drogy když jsem dodržoval pravidla, jako chodit na azyl včas, chovat se slušně, nikoho si nevodit na pokoj a tak.*)

Zkušenost se službami **terapeutických komunit** byly respondenty hodnoceny pozitivně, nebyl zde shledán problém s pracovníky ani s ostatními klienty služby, přičemž služby terapeutických komunit jsou určeny jen pro cílovou skupinu uživatelů návykových látek (R7: *V komunitě to bylo dobrý, s nikým odtamtud sem neměl problém, ostatní co se léčili bylo v pohodě*. R9: *V komunitě to bylo v pohodě, jsou tam s váma lidi co jsou taky na drogách tak maj podobný problémy.*).

V **krizovém centru** nebylo v některých případech užívání návykových látek vnímáno negativně a tato skutečnost nezpůsobovala klientům problémy (R1: *V krizovym centru to šlo i když věděli že беру. Neměla jsem problémy i když věděli že беру už z minulosti*).

B) Negativní zkušenost se službami

Noclehárny azylových domů byly z hlediska zkušenosti s těmito službami hodnoceny jako negativní, někteří klienti nebyli se službami spokojeni, někteří by tuto službu již znova nevyhledali. Jedním z problémů byla uváděna přítomnost ostatních uživatelů služby, kteří nebyli uživateli nelegálních návykových látek. (R3: *No a na noclehárně se mi nelíbilo*. R8: *Noclehárna na azylovym domě není nic pro mě, znova bych tam nešla. vadili mi tam ostatní, hlavně bezdomovci alkoholici*. R10: *Na noclehárně to bylo blbý s ostatníma co tam byli*).

Negativní zkušenost s **azylovými domy** souvisela s chováním pracovníků služby (R1: *Do azyláku bych šla už jenom kdyby bylo nejhůř a nemohla být ani u kamarádky, pracovníci tam mají ke každému jinej přístup*), dále se skutečností, že klient je uživatelem návykových látek nebo se skutečností, že je kladen důraz na pravidla (R3: *V azyláku to bylo nic moc, nakonec jsem tam stejně moc dlouho nevydržel, bylo to tam horší než v base*. R10: *Jinak ubytovna na azyláku blbý, po čase se dozvěděli že беру*).

Služby krizového centra byly vyhodnoceny jako negativní v těch případech, kdy byl uživatel nelegálních návykových látek odmítnut hned při pohovoru pro vstup do služby (R8: *Do krizovyho centra jsem šla jenom na ten pohovor jestli by mě vzali, ale když zjistili že beru drogy tak mi řekli, že mě nevezmou.* R9: *V tom krizovym centru mě vzali na pohovor, ptali se jestli beru tak jsem jim řekl že jo, tak jsem to neřešila, ale znova bych tam nešla.*), negativní zkušenost souvisela rovněž s chováním samotných pracovníků služby (R4: *Na krizovym centru jsem byla tenkrát s dítětem když jsem měla u sebe na pohovoru, ale znovu bych tam už nešla, chovali se divně.*)

C) Kombinace pozitivní a negativní zkušenosti

Zkušenost s **kontaktním centrem pro drogově závislé** hodnotil jeden respondent pozitivně a současně negativně, přičemž negativní zkušenost souvisela s chováním jedné konkrétní pracovnice kontaktního centra. (R4: *V Káčku bez problému, až na jednu zdravotní sestru.*)

Kombinace pozitivní a negativní zkušenosti byla zapříčiněna rozdílnou **povahou azylových domů**, kdy v jednom zařízení bylo užívání návykových látek hodnoceno jako problémové, v případě, že se klient dostal do jiného zařízení mimo své bydliště, nebyla tato skutečnost známa, a tudíž nebyla vyhodnocena jako problémová (R4: *V azyláku jsem byla ve dvou, v jednom byl problém že beru, v druhym to nevěděli* R5: *Když jsem byl na azylovym domě tak to bylo celkem v pohodě, byl sem z jinýho města tak mě tady nikdo moc neznal. Pak přišla jedna nová pracovnice a s tou sme si moc nasedli.*)

Kategorie č. 3 –Překážky IUNNL při využívání sociálních služeb

Tabulka č. 3 –Překážky IUNNL při využívání sociálních služeb

	Institucionální	Psychické – pracovníci	Intrapsychické – klient	Interpersonální – IUNNL x ostatní kl.
R1		x		
R2				x
R3	x			x
R4	x	x		
R5	x	x		
R6			x	
R7				
R8	x	x		x
R9	x		x	
R10		x		x

Symbody v tabulce: x – setkání se s překážkou

R1 – R10: Respondent 1 – respondent 10

Institucionální - institucionální překážky

Psychické – pracovníci - psychické překážky na straně pracovníků

Intrapsychické – klient – intrapsychické překážky na straně klientů.

Interpersonální – IUNNL x ostatní kl. –interpersonální překážky mezi injekčními uživateli nelegálních návykových látek a ostatními klienty.

Překážky popsané klienty byly při zpracování identifikovány jako překážky institucionální, psychické, intrapsychické a interpersonální.

Institucionálními překážky souvisely s nastavením pravidel organizace a důrazem na jejich dodržování, nemožností se individuálně domluvit či negativní zkušeností samotné organizace s cílovou skupinou uživatelů nelegálních návykových látek. Z důvodu závislosti na návykových látkách byli klienti pracovníky odmítáni a bylo jim tak znemožněno službu využívat. Přiznání užívání návykových látek samotnými klienty bylo vnímáno negativně a ovlivnilo rozhodnutí o přijetí klientů do služby (*R3: Jednou jsem potřeboval jít večer pryč, chtěl jsem se s nima domluvit ale nešlo to. R4: Na krizový centrum mě nevzali kvůli tomu že jsem brala. Nechtěli tam mít problémy. R5: V azyláku jsem při pohovoru řekla, že občas беру pervitin tak mi pracovnice po vyplnění dotazníku řekla že mě dá do poradníku a už se mi neozvala. R8: tak mě po tom pohovoru kde se mělo rozhodnout jestli mě vezmou odmítli. Jak sem říkala, maj špatnou zkušenost s uživatelema drog říkala ta pracovnice tak mě prej nemohli vzít. R9: V tom krizovym centru mi řekli, že berou jen rodiny s dětma),*

Psychické překážky ze strany pracovníků byly dle výpovědí zapříčiněny přístupem pracovníků ke klientům služby (R1: *V azylovém domě jsem měla problém s přístupem sociálních pracovníků ke mně*), jejich přístup byl rovněž ovlivněn minulou zkušeností s uživateli návykových látek a tato zkušenost se negativně promítala do vztahů s klienty služby, (R4: *Když jsem zjistila, že jsem v tom tak jsem nepřestala brát, ta sestra na mě tenkrát byla pěkně naštvaná a protivná když jsem si chodila měnit stříkačky*. R5: *Jak jsem říkal, po nějaký době v azyláku přišla nová pracovnice a od začátku sme si nesedli, na mě byla taková uječená, pořád mi říkala jiným příjmením a to mě štválo*. R8: *Jak sem říkala, maj špatnou zkušenost s uživatelema drog říkala ta pracovnice*. Přítomnost psychických bariér na straně pracovníků služby vedla k postupnému narůstání konfliktů ve vztahu pracovník – klient (R10: *Nedělal sem problémy ale jedný pracovníci to pak začalo vadit, asi se bála že tam budu dělat bordel a krást. Pořád hledala nějaký blbosti za který by mě mohla napomínat, pak se to nasčítalo a vyhodili mě odtamtud*).

Překážky pramenící z prožívání a charakteristik klienta jsou označovány jako **intrapsychické překážky**. Překážky tohoto typu se odvíjí od sebehodnocení, sebevědomí a rovněž od zkušeností se sociálním okolím. (R6: *Jsem feťák, ty ostatní lidi moc nemusej tak ani nikam jinam nechodim. Většinou na mě všichni zíraj jak na blázna, někdo se mě i bojí kvůli tomu jak vypadam. Necítíl bych se mezi ostatníma asi ani dobře*. R9: *připadalo mi, že všichni ví že jsem feťacka, necejtíla sem se tam moc dobře*.).

Překážky interpersonální se vyskytovaly mezi injekčními uživateli nelegálních návykových látek a ostatními klienty služby, kdy se ostatní cílové skupiny např. azylových domů negativně vymezovali vůči uživatelům návykových látek. (R2: *Jednou v azyláku mě akorát jeden týpek nadával, že jsem feťák a pomlouval mě u ostatních*, R3: *někdy když tam byli bezdomovci, tak ví, že jsem feťák a nechci tam s nima být, tak tam moc nechodim*. R10: *ostatní z ulice věděli že beru drogy, to některý moc nemusej*.).

V opačném případě byly interpersonální překážky na straně uživatelů návykových látek, ti uváděli neschopnost vycházet s cílovou skupinou uživatelů alkoholu, problémy vycházely z rozdílné povahy potřeb těchto dvou cílových skupin (R8: *vadili alkoholici co tam byli. Alkoholici mají úplně jiný starosti než my mi přijde a většinou si s náma moc nerozumí, jako úplně jsme neměli spolu nějaký konflikt ale není mi s nima příjemně*).

V jednom případě respondent neuvedl žádnou překážku při využívání sociálních služeb.

Kategorie č. 4 – Ostatní služby využívané IUNNL

Tabulka č. 4 – Ostatní služby využívané IUNNL

	Sociální kurátor	Úřad práce
R1	x	x
R2		
R3		
R4		x
R5	x	
R6		x
R7		x
R8		x
R9	x	
R10	x	x

R1 – R10: Respondent 1 – respondent 10

Symboły v tabulce: x – návštěva služby

K ostatním službám využívaným respondenty patří služby sociálního kurátora a úřadu práce.

Poměrně časté je využívání služeb **úřadu práce**, konkrétně v souvislosti s evidencí uchazečů o zaměstnání, pomoci s hledáním zaměstnání a žádáním o pomoc v hmotné nouzi (*R1: chodila jsem na úřad práce kvůli hmotný nouzi, R4: Byla jsem na úřadu práce. R7: Na úřadě práce jsem byl evidovanej, snažil sem se na ty schůzky chodit. R8: Byla jsem registrovaná na úřadu práce několikrát*)

Dalšími využívanou službou byl **sociální kurátor pro dospělé**, návštěva sociálního kurátora byla spojena s náročnou životní situací klienta, s níž mu sociální kurátor měl pomoci. Konkrétně se jednalo o pomoc v oblasti bydlení a podporu klienta po návratu z výkonu trestu odnětí svobody. (*R5: Chodil jsem ke kurátorce chvíli po výkonu trestu, ta mi pomohla najít bydlení na azyláku. R9: Jednu dobu sem chodila ke kurátorovi pro dospělé. Snažil se mi pomoci s bydlením. R10: Chodil sem ke kurátorovi, tam to bylo v pohodě*).

Klienty využívaná služba byla také služba **Housing first**, ta je v kontaktu s klienty z důvodu pomoci se zabezpečením cenově dostupného bydlení. Do cílové skupiny projektu Housing first mohou tím pádem patřit uživatelé nelegálních návykových látek (*R3: Ted' nedávno jsem se dostal do Housing fit nebo tak něco, prostě mi pomůžou najít byt a nemuset platit hodně*), z důvodu, že se využívání této služby respondenty již neobjevilo, nebyla zařazena jako sloupec tabulky

Kategorie č. 5 – Zkušenost IUNNL s ostatními službami

Tabulka č. 5 – Zkušenost IUNNL s ostatními službami

	Sociální kurátor	Úřad práce
R1	+	+/-
R2		
R3		
R4		-
R5	+	
R6		-
R7		+
R8		-
R9	+	
R10	+	-

R1 – R10: Respondent 1 – respondent 10

Symboły v tabulce: + pozitivní zkušenost, - negativní zkušenost, +/- pozitivní i negativní zkušenost

A) Pozitivní zkušenost

Zkušenost se **sociálními kurátory** byla popsána jako výhradně pozitivní, sociální kurátor byl informován o užívání nelegálních návykových látek klientem a uměl s touto skutečností pracovat (*R1: Ke kurátorovi jsem chvíli taky chodila, R9: Jednu dobu sem chodila ke kurátorovi pro dospělé*) a usiloval o motivaci klienta k abstinenci (*R5: ke kurátorce, věděla že jsem bral drogy tak mi radila že bych měl někam chodit abych do toho zase nespád, ale já ji neposlechl. Jinak byla v pohodě, na nic si nehrála a nechovala se ke mně hnusně.*)

Výhradně pozitivně byla zhodnocena zkušenost se službou **Housing first**, užívání návykových látek nebylo důvodem k odmítnutí či nepřijetí klienta, naopak byl kontakt se službou vyhodnocen pozitivně, sám respondent si byl vědom, že užívání návykových látek by mohlo být překážkou pro zařazení do tohoto projektu (*R3: to je fajn, vyplňovali sme dotazník a ví, že beru a nevadí to, můžu i tak dostat byt.*).

Pozitivní zkušenost s **úřady práce** byla uváděna ve spojitosti s trpělivostí pracovnice s klientem, kdy klient nebyl i přes tuto skutečnost schopen na úřad práce docházet (*R7: pracovnice se mnou měla docela trpělivost ale stejně sem tam nebyl dlouho*).

B) Negativní zkušenost

Negativní zkušenost s ostatními sužbami byla uvedena s institucí **úřadu práce**, respondenti se při jejich návštěvě necítili dobře a v některých případech respondenty ovlivnila do té míry, že negativní zkušenost byla důvodem pro rozhodnutí službu znovu nevyhledat. (R4: *Pak jsem se na to vykašlala a na pracáku řekla, že od nich nic nechci. Pak už jsem tam nešla, R6: nepřipadal sem si tak blbě jako minule, R8: zkušenost celekm špatná, R10: Pak jsem byl několikrát se evidovat na úřadu práce, znova bych tam už nešel, ať si ty peníze nechaj.*).

C) Kombinace pozitivní a negativní zkušenosti

Pozitivní i negativní zkušenost s úřadem práce vycházela z osobnosti pracovníků (R1: *kvůli hmotný nouzi, jedna pracovnice věděla, že беру drogy, tak mě pořád posílala do různých služeb, já tam ale nechtěla chodit a taky mi vybírala práce který jsem ale nemohla dělat, protože jsem u sebe měla holku. Ted' mám pracovníci, která je v pohodě a nemam s ní problém.*).

Kategorie č. 6 – Překážky IUNNL při využívání služeb ÚP

Tabulka č. 6 - Překážky IUNNL při využívání služeb ÚP

	Psychické – pracovníci	Intrapsychické – klient
R1	x	
R2		
R3		
R4	x	
R5		
R6	x	
R7		
R8	x	x
R9		
R10	x	x

Symbody v tabulce: x – setkání se s překážkou

R1 – R10: Respondent 1 – respondent 10

Význam jednotlivých překážek viz. zmíněno výše.

Nejčastěji uváděnými překážkami, s nimiž se respondenti na úřadu práce setkali jsou **psychické překážky na straně pracovníků**. Překážky souvisely s vědomostí pracovníků o užívání návykových látek u klienta a tato skutečnost ovlivnila chování vůči klientům (R4: *Na úřadu práce mě jedna pracovnice znala z dřívějšíka ještě než jsem nastoupila do výkonu, pamatovala si mě a věděla že беру drogy. Byla na mě nepříjemná a neochotná.*). Překážky pracovníků

vycházely také z předpokladů a negativních postojů vůči uživatelům návykových látek. Skutečnost, že byl klient služby uživatelem návykových látek znamenala v některých případech zvýšené nároky na klienty ze strany pracovníků (R1: jedna pracovnice věděla, že беру drogy, tak mě pořád posílala do různých služeb. R6: úřednice byla taková divná asi se mě bála, byla nepříjemná a jenom mi dala papíry. R8: hlavně mě pořád někde posílali i když bylo jasné že mi tu práci nedají. R10: ta pani na pracáku byla nepříjemná, dala mi do ruky papíry ať vyplním, pak se mě ptala na bydlení a ještě řekla, že jestli беру drogy ať si nemyslim, že něco dostanu.).

Kromě psychických překážek byly u klientů zjištěny i **překážky intrapsychické**. Výskyt intrapsychických překážek byl spojen s nízkým sebehodnocením a zkušeností s odmítnutím (R8: připadala jsem si pěkně blbě když mě pořád odmítali a posílali si mezi sebou. R10: Pak mě pořád posílala na různé práce, kde mě ale všude odmítli.).

Překážky při využívání služeb **sociálních kurátorů** nebyly shledány.

Kategorie č. 7 – Lepší přístup ke službám z pohledu IUNNL

Tabulka č. 7 – Lepší přístup ke službám z pohledu IUNNL

	Rovný přístup pracovníků	Respektování osobnosti a rozhodnutí uživatele	Bez problému s přístupem
R1	x	x	
R2			x
R3		x	
R4		x	
R5		x	
R6		x	
R7			x
R8		x	
R9		x	
R10	x		

R1 – R10: Respondent 1 – respondent 10

Symbole v tabulce: x – vyjádřený názor

Dle názoru respondentů by mohlo přístup ke službám cílové skupině injekčních uživatelů nelegálních návykových látek usnadnit **respekt k osobnosti a respekt k rozhodnutí uživatelů návykových látek**, většina respondentů nemá ráda zatajování skutečnosti, že je uživatelem návykových látek, raději komunikují napřímo a otevřeně, totéž by očekávali a

uvítali i u pracovníků služeb a sociálního okolí (R1: *Radši řeknu narovinu že jsem brala než si pořád dávat před někým pozor a bát se, jestli vás někdo nezná už z minulosti.* R3: *Nerad tajím, že беру, stejně většina lidí se tam střídá a ví, že jsem bral nebo беру.* R4: *To, že беру je moje rozhodnutí a třeba k němu mám i svoje důvody, podařilo se mi přestat ale je to těžký.* R5: *tak kdyby se tak dalo mluvit i s ostatníma to by bylo dobrý.* R6: *mě by pomohlo kdyby mě brali takovýho jakej jsem.* R8: *No to že беру drogy nemusí znamenat že budu dělat problémy jako všichni ostatní.* R9: *Já to mám tak, že chodím jen tam kde vím že mě berou a nemusím si hrát na něco jinýho.).*

Další okolností zlepšující přístup uživatelům ke službám by mohl být **rovný přístup pracovníků služeb** ke klientům užívajícím návykové látky, ti by uvítali stejné zacházení jako s ostatními uživateli služby. Užívání návykových látek by nemělo být omezením pro možnost využívat služby (R1: *Chtěla bych aby s námi zacházeli stejně jako s ostatníma, to že беру drogy neznamená, že budu dělat jenom problémy,* R10: *Asi aby se k nám chovali stejně jako k normálním lidem, to že беру je nijak neomezují.).*

10. VÝHODNOCENÍ DÍLČÍCH CÍLŮ A CÍLE PRÁCE

Cíl PRÁCE: *Identifikovat a popsat překážky, s nimiž se injekční uživatelé nelegálních návykových látek potýkají při využívání sociálních služeb*

Cílem práce bylo identifikovat a popsat překážky, s nimiž se setkávají injekční uživatelé nelegálních návykových látek při využívání sociálních služeb.

Dílčí cíle:

Jaké služby klienti vyhledávají

Z výzkumu je patrné, že cílová skupina injekčních uživatelů nelegálních návykových látek nejčastěji využívá **služby sociální prevence**. Konkrétně respondenti využívali tyto služby sociální prevence: kontaktní centra pro drogově závislé, azylové domy, noclehárny, terénní programy, krizová centra a terapeutické komunity. Žádný z respondentů nevyužil tyto služby sociální prevence: azylové domy pro matky s dětmi, nízkoprahová denní centra a služby následné péče.

Nejvíce využívanou službou byla **kontaktní centra pro drogově závislé** – tuto službu navštěvují klienti převážně za účelem výměnného programu či sociálního poradenství.

Azylové domy byly druhá nejvyužívanější služba. Respondenti využívají pobytové služby azylových domů na přechodnou dobu, převážně po dobu nepříznivé životní situace, s níž se neumí sami vypořádat. **Noclehárny**, většinou zřizované při azylových domech, využívají osoby bez přístřeší k přenocování.

Klienti rovněž využívají **terénními programy**, převážně výměnný program. Kontakt s terénními pracovníky může být iniciován ze strany klienta či pracovníka služby.

Služby **krizového centra** klienti vyhledávají v situacích spojených se ztrátou bydlení, pobytová služba krizového centra byla čerpána na přechodnou dobu. V některých případech nebylo klientům umožněno začít služby krizového centra využívat.

Terapeutické komunity zabývající se léčbou závislosti na návykových látkách jsou vyhledávány v případě zájmu o léčbu závislosti.

Kromě sociálních služeb uváděli respondenti využívání služeb **sociálního kurátora** a instituce **úřadu práce**.

Jaké mají klienti se službami zkušenosti

Zkušenosti klientů se službami jsou rozmanité. U některých převažuje pozitivní zkušenost, v některých případech je zkušenost kombinací pozitivní a negativní, v posledním případě je u respondentů převažující negativní zkušenost.

Nejvíce **pozitivních zkušeností** souviselo s navštěvováním **kontaktních center**. Kontakt byl hodnocen jako bezproblémový, pozitivně bylo hodnoceno prostředí služby a pomoc pracovníků. Pozitivní a zároveň negativní zkušenost uvedl 1 respondent, který měl negativní zkušenost s jednou konkrétní pracovnící z personálu kontaktního centra.

Výhradně pozitivní zkušenost uvedli klienti s **terénními programy**, oceňována byla snaha s klientem navázat kontakt a pomoci mu. Pozitivní zkušenost byla zmiňována i v případě **terapeutických komunit**.

Azylové domy a zkušenost s čerpáním služby byla u 3 respondentů negativní, z jejich výpovědí vyplynulo, že by azylové domy už nevyhledali, špatná zkušenost souvisela s chováním pracovníků služby. 2 respondenti uvedli pozitivní i negativní zkušenost, dle toho, v jakém azylovém domě pobývali. Lze předpokládat, že díky tomu služby azylových domů ještě vyhledají, jelikož jejich zkušenost nebyla jen negativní. Čistě pozitivní zkušenost měl 1 klient, popsal využívání služby jako bezproblémové za předpokladu, že přiznal užívání návykových látek a dodržoval všechna pravidla služby.

V případě **krizového centra** převládala **negativní zkušenost** se zařízením tohoto typu, 3 ze 4 dotázaných uvedli špatnou zkušenost. Výpovědi respondentů se shodovaly v bodě, že když se pracovníci dozvěděli o užívání návykových látek, byl to důvod k nepřijetí klienta do služby. 1 respondent uvedl, že i přes povědomí pracovníků o jeho užívání mohl službu využívat.

Zkušenost **noclehárnami** byla klienty hodnocena převážně jako negativní, souvisela s nespokojeností se službou či přítomností ostatních klientů služby, kteří nebyli uživateli návykových látek. Pozitivní zkušenost vycházela z předpokladu, že uživatel dodržoval pravidla služby.

Zkušenosti s ostatními institucemi

Návštěvu **sociálního kurátora** pro dospělé vyhodnotili všichni respondenti pozitivně, dle výpovědí respondentů byl kontakt s kurátorem bez problémů, ve vztahu ke klientovi se choval slušně, i když měl informace o užívání drog.

Služby pro nezaměstnané zabezpečované úřady práce využilo 6 klientů z 10 dotazovaných. Špatná zkušenost s úřadem práce byla uvedena ve 4 případech – pracovníci klienta odbyli, z výpovědi klientů se kontakt s touto institucí jeví jako náročný, zřejmě i nepřehledný. V jednom případě byla shledána pozitivní zkušenost díky trpělivosti pracovnice úřadu práce. Většina respondentů uváděla, že docházení nevydrželi dlouho nebo je od něho odradily další skutečnosti, např. docházení do jiných služeb či jakási zátěž vnímaná ze strany klientů, kdy je pro zisk peněz nutno dodržet nastavená pravidla. Pozitivní i negativní spolupráce byla u 1 respondenta, jedna z pracovnic respondenta posílala do dalších služeb a zaměstnání, k nimž neměl předpoklady, kontakt s jinou pracovnící ÚP byl bezproblémový. Pozitivní zkušenost zde hraje důležitou roli a tvoří můstek k dalším službám a institucím.

S jakými překážkami se klient ve službách setkal

Překážky spojené s přístupem a využíváním sociálních služeb byly dle výpovědí respondentů roztrženy do těchto kategorií:

- Institucionální překážky;
- psychické překážky;
- intrapsychické překážky;
- interpersonální překážky.

Respondenti se nejčastěji setkali s překážkami institucionálními a psychickými překážkami na straně pracovníků sociálních služeb.

Z výpovědí respondentů byly jako **institucionální** identifikovány **překážky** související s:

- provozním řádem služby,
- nastavenými pravidly služby a důrazem na jejich bezpodmínečné dodržování,
- podmínkami pro přijetí uchazečů do služby.

Institucionální bariéry pramení z povahy fungování a organizace institucí a služeb. Jedná se o formalizovaná pravidla nastavená jednotlivými organizacemi. Ve vnitřních předpisech mohou být například uvedeny skutečnosti, na jejichž podkladě nelze klienta do služeb přijmout. Ve vnitřních řádech je uvedeno, že do služeb není povolen vstup pod vlivem návykových látek. Požití alkoholu lze ověřit pomocí dechové zkoušky, otázkou zůstává, jak je tomu u uživatelů návykových látek v případě, že neuvedou užívání drog. Zamlčení této informace může umožnit

vstup do služby, na druhou stranu klient jedná nečestně, důvodem je vlastní prospěch. To může přinést další problémy související se sebestigmatizací, ale také zatajování informací o užívání NL i v případech, kdy je žádoucí tyto skutečnosti uvádět – např. při návštěvě adiktologických zařízení.

Psychické překážky na straně pracovníků souvisejí s těmito oblastmi:

- přístup pracovníků k samotným klientům,
- nedůvěru pracovníků vůči uživatelům návykových látek,
- předsudky a negativní postoje vůči uživatelům ovlivněné minulou zkušeností,
- očekávání pracovníků od klientů, jež nebylo naplněno.

Psychické bariéry na straně pomáhajících pracovníků jsou spojené s negativními postoji a předsudky vůči uživatelům návykových látek. Postoje jsou subjektivní, tvoří se během kontaktu s klientem, mohou mít vliv na chování pracovníků vůči klientům. Předsudky jsou spojené s připisováním negativních znaků jedinci, např. vnímání uživatele jako někoho s podřízenou rolí.

Je na samotných pracovnících a také zaměstnavatelích, aby pracovali na odstranění bariér této povahy. Pomoci by mohly vzdělávací aktivity zaměřené na specifika cílové skupiny UNL a specifika práce s nimi. Své zkušenosti by mohli nabídnout rovněž pracovníci kontaktních center pro drogově závislé. Rovněž se osvědčilo doprovázení klientů pracovníky kontaktních center či terénních programů. Pracovníci mohou být užitečnými zprostředkovateli kontaktu mezi klienty a dalšími institucemi a mnohdy sloužit jako opora klientům.

Psychické bariéry mohou rovněž souviset se stigmatizujícími postoji vůči této cílové skupině. Bylo by vhodné snažit se minimalizovat přehnané obavy z uživatelů návykových látek.

Interpersonální překážky se objevují mezi skupinami jedinců, v tomto případě mezi rozdílnými cílovými skupinami využívajícími služby. Mezi cílovými skupinami mohou vznikat konflikty, protože potřeby jednotlivých skupin se mohou lišit či rozcházet. Někteří uživatelé se z důvodu obav z konfliktů či předchozí negativní zkušeností s jinou cílovou skupinou, než jsou uživatelé návykových látek.

Obavy z případných konfliktů či nepříjemností s ostatními klienty byly uvedeny jako důvod, proč by klient službu nevyhledal.

Intrapsychické překážky na straně klientů sociálních služeb byly uvedeny ve 2 případech, intrapsychické bariéry vznikající na straně samotných klientů jsou spojeny s vnitřním prožíváním, sebeobrazem a sebehodnocením. Nízké sebehodnocení a sebedůvěra způsobuje nízké sebehodnocení ve vztahu k sobě jako osobnosti, klienti mají pocit, že všichni vědí, že jsou uživatelé, že si za špatné zacházení mohou sami, tyto skutečnosti mohou bránit využívání služeb. Je na pracovnících pomáhajících profesí, aby podporovali klienty a nabídli jim možnost nahlédnout na sebe v pozitivním světle. Promítá se zde i určitá míra sebestigmatizace, klienti cítí úzkost z kontaktu s neuživateli, tak mohou se cíleně vyhýbat jakékoli interakci s nimi.

Překážky spojené s využíváním ostatních institucí

Dle výpovědí respondentů nebylo využívání služeb sociálních kurátorů spojeno s žádnými překážkami.

Při čerpání služeb úřadů práce byly identifikovány překážky **psychické** na straně pracovníků a překážky **intrapsychické** u klientů.

Psychické bariéry pramenily především z negativních postojů ve vztahu k užívání návykových látek, nedůvěře vůči uživatelům a minulou zkušeností s touto cílovou skupinou. Výskyt problémů při kontaktu s úřady práce uvedlo 5 klientů.

Intrapsychické překážky byly spojeny se zážitkem odmítnutí potencionálními zaměstnavateli, respondenti uvedli opakované odmítnutí, poté se necítily ve vztahu ke své osobě příjemně. Intrapsychické bariéry byly shledány u 2 respondentů.

Opakované odmítání může vést ke snížení pozitivního sebehodnocení klienta ve vztahu k sobě samotnému.

Co by klientům mohlo přístup ke službám usnadnit?

Respondenti dostali prostor pro vyjádření vlastních námětů či skutečností, které by mohli injekčním uživatelům nelegálních návykových látek pomoci v přístupu k sociálním a dalším často využívaným službám.

Nejčastěji byla zmíněna touha **po respektu k osobnosti uživatele a respekt k rozhodnutí užívat návykové látky**. Uživatelé nechtějí neustále tajit svou situaci, chtějí pociťovat přijetí i navzdory tomu že jsou uživateli návykových látek, kdy se jedná o možnost svobodného rozhodnutí každého jedince, zároveň by nemusela být závislost spojována se vzorci špatného chování.

Dalším předpokladem pro lepší přístup k využívání služeb byl uveden **rovný přístup pracovníků** ve vztahu k uživatelům návykových látek, ti by chtěli, aby s nimi pracovníci jednali jako s ostatními klienty, zmíněno v případě 2 klientů.

Problémy s přístupem ke službám neshledali 2 respondenti, tudíž neuvedli žádné náměty.

DISKUZE

Klienti služeb sociální prevence mohou být různorodí, jejich společnou charakteristikou bývá nepříznivá sociální situace pramenící z různých příčin. Jednou z nich je právě užívání návykových látek.

V České republice nebyly realizovány konkrétní výzkumy, které by se zabývaly tématem stigmatizace a překážkami při využívání služeb uživateli nelegálních návykových látek. Jednou z institucí zabývajících se je Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Toto středisko je součástí odboru protidrogové politiky Vlády ČR. Jednou z činností tohoto odboru je vydávání *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027*, strategie v oblasti závislosti je dokumentem vlády ČR vyjadřujícím záměry a postup vlády při realizaci opatření spojených s předcházením a snižováním škod plynoucích z užívání návykových látek, patologického hráčství a nadužívání moderních technologií ve společnosti.

Jedním z uváděných cílů a priorit této strategie je, mimo jiné, snaha o destigmatizaci uživatelů návykových látek v kontextu destigmatizace duševních poruch a prevence sociální exkluze. Mezinárodní odborné zdroje politik v oblasti závislostí zdůrazňují následující: Politiky by měly usilovat především o společenský blahobyt a měly by být posuzovány z hlediska toho, jak samy o sobě způsobují nežádoucí škody. Ukazuje se, že zatímco politiky mohou snižovat škody, mohou na druhou stranu také způsobit nežádoucí dopady včetně kriminalizace, násilí, stigmatizace a sociální exkluze, které znemožňují dosažení již zmiňovaného blahobytu na individuální i společenské úrovni (Anderson a kol., 2017).

Pro nastavení správné protidrogové politiky tak, aby byly dodržena tato doporučení, je žádoucí realizovat výzkumy v oblasti překážek spojených s využíváním sociálních služeb a překážek ve společnosti obecně.

Dle výzkumů realizovaných (Strathdee a kol., 2010, Csete a kol., 2016) přemíra represe v oblasti nelegálních drog může vést ke stigmatizaci uživatelů, ke zvýšení veřejnozdravotních rizik prostředí, ve kterém dochází k užívání nelegálních drog, což vede ke zvýšenému výskytu negativních následků užívání drog, jako jsou např. infekční onemocnění mezi injekčními uživateli drog.

U legálních drog je míra stigmatizace a kriminalizace uživatelů nesrovnatelně nižší, přesto se i v oblasti legálních drog v poslední době diskutuje o tom, jaká míra sociálního tlaku na uživatele je žádoucí a eticky ospravedlnitelná tak, aby nedocházelo ke stigmatizaci uživatelů, jejich

sociálnímu vyloučení a následně ke zvýšení individuálních a veřejnozdravotních rizik spojených s jejich užíváním (Williamson a kol., 2015)

Studie věnující se tématu stigmatizace uživatelů a bariérám spojených s využíváním sociálních a dalších služeb (Nealle a kol., 2008) shledaly následující bariéry spojené s přístupem ke službám v oblasti veřejného zdraví a službách sociální péče: příliš mnoho schůzek v různých zařízeních, problémy dojíždět do služeb, nedostatek materiálních zdrojů pro cestování do služeb, zdravotní problémy znemožňující navštěvovat služby, stigma a negativní postoje personálu a úzkost klientů z přístupu ke službám. Zjištěné překážky lze dle povahy rovněž rozdělit na institucionální, psychické, intrapsychické a interpersonální.

Shodná zjištění diplomové práce, byla v oblasti psychických bariér, jak píše *Nealle a kol. (2008)*, konkrétně byla shodná v oblasti psychických bariér na straně pracovníků služeb, kteří mají vůči uživatelům nelegálních návykových látek stigmatizující a negativní postoje. Totožná zjištění byla v oblasti intrapsychických překážek na straně klientů, kteří se obávali služby využívat a pociťovali úzkost v souvislosti s přístupem ke službám.

V rámci realizovaného výzkumu se výsledky diplomové práce a studie (Nealle a kol., 2008) neshodují v oblasti problematiky zdraví klientů, problémů spojených s cestováním do služeb.

Hodnocení intervencí s cílem snížit stigma spojené se závislostí na návykových látkách realizoval *Livingston a kol. (2011)*. Z hlediska změny stigmatu na strukturální úrovni se osvědčily edukační programy a kontaktní nácvik, které byly realizovány mezi studenty lékařských fakult a u dalších odborníků, zejména u policie či poradenských pracovníků. Tyto programy by měly být součástí profesní výbavy pracovníků v sociálních službách, v nichž je předpoklad, že budou z povahy své profese v kontaktu s osobami závislými na návykových látkách.

Respondenti výzkumu diplomové práce uváděli, že přístup ke službám a jejich využívání by jim usnadnil respekt k jejich osobnosti a respektování rozhodnutí užívat návykové látky. Ke splnění těchto předpokladů pro usnadnění přístupu k sociálním službám, by mohly, jak uvádí *Livingston a kol. (2011)*, pomoci právě vzdělávací programy pro pracovníky sociálních a dalších služeb, které by byly zaměřeny na cílovou skupinu uživatelů nelegálních návykových látek.

ZÁVĚR

Diplomová práce se věnuje tématu stigmatizace uživatelů návykových látek. Cílem diplomové práce bylo identifikovat a popsat překážky injekčních uživatelů nelegálních návykových látek spojené s přístupem k sociálním službám a využíváním sociálních, případně dalších služeb. Výzkumného šetření se zúčastnilo 10 klientů kontaktního centra pro drogově závislé v Ústeckém kraji. Výsledky realizovaného kvalitativního šetření lze vnímat jako zpětnou vazbu o službách, centrech a institucích, které cílová skupina injekčních uživatelů návykových látek využívá nejčastěji. Zároveň se jedná o určitý vhled do potřeb osob užívajících návykové látky. Kvalitativní šetření s vybranými respondenty probíhalo metodou polostrukturovaného rozhovoru. Tyto rozhovory probíhaly v období od 1.5. do 2.7.2020. V dubnu 2020 proběhl předvýzkum a předběžný výběr vhodných respondentů. Pro potřeby získání informací vedoucí k naplnění cíle výzkumu byli respondenti vybíráni metodou účelového výběru.

Z rozhovorů s respondenty bylo zjištěno, že nejčastější injekční uživatelé nelegálních návykových látek vyhledávají nejčastěji služby sociální prevence. Konkrétně se jedná o kontaktní centra, terénní programy, azylové domy a noclehárny, krizová centra a terapeutické komunity. Azylové domy pro matky s dětmi, nízkoprahová denní centra a služby následné péče nevyhledal žádný z respondentů výzkumu.

Další nejčastěji využívanou službou, již ne sociální, byly služby sociálního kurátora pro dospělé a pobočky Úřadu práce, jakožto zastupitele státní instituce.

Respondenti uváděli své zkušenosti se službami, nejvíce pozitivních zkušeností uvedli v souvislosti s navštěvováním kontaktního centra pro drogově závislé. S terénními programy mají respondenti výhradně pozitivní zkušenost. Se službami nocleháren měli někteří respondenti negativní zkušenosti, někteří uvedli pozitivní zkušenost. Zkušenost se službami azylového domu převažovala negativní, dále byla uvedena kombinace pozitivní i negativní zkušenosti a v jednom případě byla zhodnocena pozitivně. Krizové centrum a zkušenost s touto službou hodnotili respondenti převážně negativně, pozitivní zkušenost byla uvedena v jednom případě.

Služby sociálního kurátora pro dospělé byly hodnoceny výhradně pozitivně. Služby zaměstnanosti realizované pobočkami Úřadu práce ČR vyhledalo 6 respondentů. Zkušenosti respondentů s touto institucí byly různorodé. Jednalo se převážně o zkušenosti hodnocené jako negativní, kombinace negativní i pozitivní byla v 1 případě, pozitivní zkušenost zmínil 1 respondent.

Překážky pro kategorii sociálních služeb identifikované díky výpovědím respondentům byly rozděleny do těchto kategorií: institucionální překážky, psychické překážky na straně pracovníků, intrapsychické překážky na straně klientů samotných a interpersonální překážky mezi uživateli / skupinami uživatelů služeb.

Nejvíce se ve výpovědích objevovaly překážky institucionální a překážky psychické na straně pracovníků služeb. Interpersonální překážky mezi injekčními uživateli návykových látek a ostatními klienty se vyskytovaly méně. Nejmenší četnost byla uváděna v případě intrapsychických překážek. Identifikované překážky se vyskytovaly v některých případech v kombinaci – respondenti se setkali s 2 překážkami současně (kombinace: institucionální + interpersonální překážka, institucionální + psychická 2x, institucionální + intrapsychická). Dále se setkali s kombinací 3 překážek (institucionální + psychická + interpersonální). Žádnou překážku neshledal 1 respondent.

Převažující překážky uváděné v souvislosti s kontaktem s úřadem práce byly psychické překážky na straně pracovníků služby, u některých klientů se psychické překážky na straně pracovníků objevovaly v kombinaci s intrapsychickými překážkami klienta.

Institucionální překážky souvisejí s:

- provozním řádem služby,
- nastavenými pravidly služby a důrazem na jejich bezpodmínečné dodržování,
- podmínkami pro přijetí uchazečů do služby

Psychické překážky na straně pracovníků byly spojovány s:

- přístupem pracovníků k samotným klientům,
- nedůvěrou pracovníků vůči uživatelům návykových látek,
- předsudky a negativními postoji vůči uživatelům ovlivněnými minulou zkušeností,
- očekáváním pracovníků, které nebylo naplněno.

Interpersonální překážky mezi cílovou skupinou UNL a ostatními cílovými skupinami souvisí s:

- rozdílnými potřebami cílových skupin,
- obavou z konfliktů s ostatními klienty.

Některé sociální služby navštěvuje různorodá klientela. Z tohoto důvodu se vyskytují **interpersonální překážky** mezi injekčními uživateli nelegálních návykových látek a ostatními klienty sociálních služeb.

Intrapsychické překážky na straně klientů sociálních služeb jsou způsobeny:

- pocity nízkého sebehodnocení a sebedůvěry
- předchozí špatnou zkušeností s některou ze služeb či institucí.
- pocity úzkosti z kontaktu s neuživateli

Intrapsychické bariéry byly spojeny s pocity nízkého sebehodnocení a sebedůvěry a předchozí špatnou zkušeností s některou ze služeb či institucí.

Součástí rozhovorů s respondenty byl prostor pro vyjádření skutečností, jež by dle samotných klientů mohly **usnadnit přístup** k sociálním a ostatním službám a rovněž pomoci usnadnit jejich využívání.

Ve výpovědích se nejčastěji objevovala touha po **respektování osobnosti uživatele** a **respektování jeho svobodného rozhodnutí** užívat návykové látky. Klientům služeb by rovněž pomohl rovný přístup pracovníků vůči uživatelům látek. Dva dotázaní neshledali problémy spojené s přístupem k službám. Tato sdělení lze vnímat jako možná doporučení pro pracovníky služeb, v nichž mohou přijít do kontaktu s cílovou skupinou uživatelů návykových látek. Je důležité mít na paměti, že zkušenost se službou formuje další možná rozhodnutí k vyhledání jiných služeb.

Doporučení pro praxi

V literatuře pojednávající o stigmatizaci osob na návykových látkách se uvádí, že sociální stigma je obtížné díky jeho povaze a specifikům měnit, avšak jako účinné byly shledány

motivační rozhovory a programy vycházející z pozitivních příběhů o jedincích závislých na návykových látkách.

Bylo by vhodné vzdělávat pracovníky ve specifikách práce s cílovou skupinou uživatelů návykových látek, mohlo by být nabídnuto porozumění potřebám této cílové skupiny a rovněž i vzorcům chování.

Přínosná by taktéž mohla být lepší spolupráce s institucemi zabývajícími se cílovou skupinou uživatelů návykových látek, kdy by např. na setkání pracovníků sociálních služeb mohli pracovníci vzájemně sdílet své zkušenosti.

Další možností usnadnění přístupu ke službám, konkrétně ke službám azylových domů je zaměstnání či externí docházení adiktologa do azylového domu. Jako další lze přemýšlet o zavedení služeb tzv. mokrých domů, kdy v ČR žádný dosud nevznikl. Překážky institucionální povahy se pro uživatele návykových látek nenachází "mokrých domech", jedná se o nízkoprahová pobytová zařízení, v nichž není podmínkou pro její využívání abstinence od návykových látek. Myšlenka potřeby zařízení tohoto typu vyvstala v letech 2018-2019, Společnost Podané ruce provedla analýzu, z níž vyplynula potřeba zřídit zařízení tohoto typu v Brně pro skupinu konzumentů alkoholu zdržujících se ve městě. V případě Ústeckého kraje se nabízí realizace této analýzy ve vztahu ke konzumentům alkoholu i uživatelům NL.

Uživatelé návykových látek jsou cílovou skupinou, jež se může vyskytovat napříč spektrem sociálních služeb, je na pracovnících, jakou nabídnou uživatelům zkušenost se sociálními, případně jinými službami.

Omezení výzkumu

Výsledky tohoto kvalitativního výzkumu nelze zobecnit na celkovou populaci uživatelů nelegálních návykových látek. Výzkum se snažil o pochopení potřeb a situace části populace uživatelů návykových látek – konkrétně injekčních uživatelů nelegálních návykových látek. Respondenti byli převážně uživatelé pervitinu, někdy v kombinaci se subutexem. Lze předpokládat, že výsledky výzkumu zaměřeného na uživatele jiných návykových látek se budou lišit. Lze ovšem předpokládat, že závěry získané interpretací dat od injekčních uživatelů nelegálních návykových látek jsou pro populaci uživatelů pervitinu (a případně pervitinu v kombinaci s jinými návykovými látkami) relativně odpovídající.

POUŽITÁ LITERATURA

BĚLÁČKOVÁ, Vendula, Blanka NECHANSKÁ, Pavla CHOMYNOVÁ a Michaela HORÁKOVÁ. *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2012. Výzkumné zprávy (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-052-0.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA) (2017), *Health and social responses to drug problems: a European guide*, Publications Office of the European Union, Luxembourg. ISBN 978-92-9497-196-8.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-x.

HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.

HNILICA, Karel. *Stereotypy, předsudky, diskriminace: (pojmy, měření, teorie)*. Praha: Karolinum, 2010. Acta Universitatis Carolinae. ISBN 978-80-246-1776-3.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Most (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-21-0.

CHOMYNOVÁ, Pavla, Zdeněk ROUS a Viktor MRAVČÍK, 2019. *Drogová situace v České republice v roce 2018*. Zaostřeno 5 (6), str. 5

JANATA, Jaromír. *Agrese, tolerance a intolerance*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-889-x.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, Kamil a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, Úřad vlády České republiky: o.s. Filia Nova pro Radu vlády ČR - Meziresortní protidrogovou komisi, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

LIVINGSTON, James D., Teresa MILNE, Mei Lan FANG and Erica AMARI (2012), *The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review*. *Addiction*, 2012, 107: 39-50. DOI:10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x

LLOYD, Charlie, *The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review*, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2013. 20:2, 85-95, DOI: 10.3109/09687637.2012.743506. ISSN: 0968-7637

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9

MIOVSKÝ, Michal, Ivo ČERMÁK a Václav ŘEHAN, ed. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III: Sborník z konference*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 80-244-0909-7.

MRAVČÍK, Viktor., Pavla CHOMYNOVÁ a Kateřina GROHMANNOVÁ a kol., 2019. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-237-1.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.

NEALE, Joanne, Laura SHEARD & Charlotte NE TOMPKINS. *Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users*. *Health* [online]. 2008, 16(2), 147-148 [cit. 2019-10-24]. ISSN 09660410.

NEALE, Joanne, Laura SHEARD & Charlotte NE TOMPKINS. *Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: A qualitative study*. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2007, 2, 31. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-2-31>

NOVÁK, Tomáš. *O předsudcích*. Brno: Doplněk, 2002. ISBN 80-7239-121-6.

NOVOTNÁ, Eliška. *Základy sociologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2396-9.

NUTT David J, Leslie A KING and Lawrence D PHILLIPS. 'Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis', *The Lancet*, vol. 376, no. 9752, 2010, pp. 1558–1565, viewed 8 March 2020,

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edselp&AN=S0140673610614626&lang=cs&site=eds-live&scope=site>

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. 2019. *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027* [National Strategy on Addictive Behavior Prevention and Harm Reduction 2019–2027]. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-231-9.

VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, ed. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5775-9.

ZAOSTŘENO NA DROGY: *Mapování trendů v užívání, výrobě a distribuci metamfetaminu v Evropě, Studie EMCDDA*. Praha, nábreží E. Beneše 4: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti 2014, **dvanáctý** (3/2014). ISSN 1214 - 1089.

DALŠÍ POUŽITÉ ZDROJE:

Problémové užívání drog - koncepční rámec a definice, MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D, AT konference 2017

108/2006 Sb. ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Lidé v centru: Analýza potřeb a návrhy řešení pro lidi dlouhodobě se zdržující v exponovaných lokalitách statutárního města, Barbora Bírová (eds.), Miriam Kanioková, Dorota Šaríková., Společnost Podané ruce, Brno 2018

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Položený rozhovor s uživateli nízkoprahových služeb

Příloha č. 2 – Kategorizace výpovědí respondentů

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

POLOŘÍZENÝ ROZHOVOR s uživateli nízkoprahových služeb

JAK DLOUHO UŽIVATELEM NÁVYOVÝCH LÁTEK, v kolika začal užívat?

SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- Kontaktní centra, terénní programy, noclehárny, azylové domy, nízkoprahová denní centra, krizová centra, noclehárny, služby následné péče, terapeutické komunity,

- Jaké soc. služby navštívil / navštěvuje?
(podle toho v jakých službách byl pokládat k jednotlivým tyto otázky):
- Jaká je zkušenost se službami?
 - vstup do služeb, jednání s pracovníky, využívání služby, odchod ze služby.
- Setkal se s problémy/ předsudky/překážkami?
 - Jaké překážky? (co využívání služeb ztěžovalo?) Předsudky(neopodstatněné chování ze strany pracovníků/klientů)? Problémy?

OSTATNÍ SLUŽBY

- Úřady práce
- Sociální kurátor
- Jaká je zkušenost se službami?
 - vstup do služeb, jednání s pracovníky, využívání služby, odchod ze služby.
- Setkal se s problémy/ předsudky/překážkami?
 - Jaké překážky? (co využívání služeb ztěžovalo?) Předsudky(neopodstatněné chování ze strany pracovníků/klientů)? Problémy?
- Co by mohlo pomoci, usnadnit či zlepšit přístup ke službám?

Příloha č. 2

KATEGORIZACE VÝPOVĚDÍ RESPONDENTŮ

Kategorie č. 1 – SOCIÁLNÍ SLUŽBY

R1: Chodím do Káčka, to chodím pořád. Dřív jsem bydlela na azylovém domě, myslím, že asi ve třech a chvíli jsem byla na krizovém centru, ještě když jsem měla u sebe nejmladší holku.

R2: Využívám Káčko a terénní programy. Párkrát jsem přespal na noclehárně, bydlel jsem na azyláku na ubytovně kde jsem měl svůj pokoj.

R3: Chodím pravidelně do Káčka na výměnu a někdy mi pomáhají se sociálníma věcmi a třeba zařídit občanku když jsem jí ztratil. Po výkonu trestu jsem šel do azyláku na ubytovnu, neměl sem se kam vrátit. Párkrát jsem přespal na noclehárně.

R4: Dřív jsem byla na azylovém domě a taky na krizovém centru. Jinak chodím do Káčka a občas využiju i výměnu v terénu.

R5: Do sociálních služeb chodím do Káčka, na výměnu, někdy potkám terénní pracovníky. Taky sem bydlel asi 4 měsíce na azylovém domě.

R6: Já chodím do Káčka měnit a občas za holkama pokecat. Někdy potkám kluky z terénu u nich taky někdy vyměním. Do jiných služeb nechodím, vždycky sem se o sebe nějak postaral, musel jsem a nejsem zvyklý někde votravovat.

R7: Celkem pravidelně chodím do káčka, jinak jsem byl jsem před 2 rokama v komunitě.

R8: Byla jsem párkrát na noclehárně v azyláku a v krizovém centru, ale to už je celkem dlouho. Ještě chodím do Káčka asi už přes 10 let.

R9: Já chodila celkem do dost služeb, hlavně na začátku když jsem začala brát a přišla o bydlení. Když sem si našla kluka a kvůli němu sme pak přišli o byt tak sem šla na krizové centrum. Pak jsem chodila na noclehárnu. Jednou sem taky byla v komunitě na léčbě. No a teď chodím už jenom do Káčka, zná mě tady.

R10: Do služeb chodím hlavně do kontaktního centra. V zimě jsem byl na noclehárně a chvíli na azylovém domě.

KATEGORIE Č. 2 – ZKUŠENOST KLIENTŮ SE SLUŽBAMI

R1: V káčku jsem nikdy problém neměla, tam vědí, že člověk bere drogy, jinak by tam nechodil. Do azyláku bych šla už jenom kdyby bylo nejhůř a nemohla být ani u kamarádky, pracovníci

tam mají ke každému jiné přístup a to mi vadí, proto jsem odešla. V krizovém centru to šlo i když věděli že beru.

R2: Se všema službama mám dobrou zkušenost. V azylovém domě nikomu nevadilo, že užívám drogy když jsem dodržoval pravidla, jako chodit na azyl včas, chovat se slušně, nikoho si nevodit na pokoj a tak. Na noclehárně taky bez problémů.

R3: V Káčku v pohodě, tam mi dost pomohli a pomáhají. V azyláku to bylo nic moc, ale neměl jsem kam jít po výkonu trestu nakonec jsem tam stejně moc dlouho nevydržel, bylo to tam horší než v base. No a na noclehárně se mi nelíbilo.

R4: V Káčku bez problému, až na jednu zdravotní sestru, terén taky v pohodě. V azyláku jsem byla ve dvou, v jednom byl problém že beru, v druhém to nevěděli. Na krizovém centru jsem byla tenkrát s dítětem když jsem měla u sebe na pohovoru, ale znovu bych tam už nešla, chovali se divně.

R5: Když jsem byl na azylovém domě tak to bylo celkem v pohodě, byl sem z jiného města tak mě tady nikdo moc neznal. Pak přišla jedna nová pracovnice a s tou sme si moc nesedli. A zkušenost s káčkem i terénem je dobrá, když sem potřeboval tak mi nějak vždycky pomohli, jednu dobu sem to měl fakt těžký, bydlel jsem v autě a byl jsem rád že můžu aspoň na Káčko posedět a pobavit se s někým.

R6: Do Káčka mě přived kámoš, moc jsem tam nechtěl, nejsem zvyklý někde voprůzovat. Ale bylo to tam v pohodě, nikdo na mě divně nekoukal a dobře jsem si s nima pokecal. Takže tam občas zajdu, párkrát mi dost pomohli, sem rád že tu jsou, nemají to s náma feťákama jednoduchý. A terénaři taky v pohodě kluci, pokecáš s váma a nestydí se bavit se sváma na ulici i když ostatní občas blbě koukají.

R7: Do komunity jsem šel protože jsem měl přítelkyni a tu štválo že beru, tak jsem se šel léčit. V komunitě to bylo dobrý, s nikým odtamtud sem neměl problém, ostatní co se léčili bylo v pohodě, tak byli sme tam všichni asi za stejným účelem. Z pracovníků tam taky všechno v pohodě když ste dodržovali řád a pravidla komunity.

Do Káčka jsem chodil ještě před komunitou, tam i pomohli komunitu zařídit. Po návratu z komunity jsem za nima šel je pozdravit a poděkovat. Chodím za nima rád.

R8: Noclehárna na azylovém domě není nic pro mě, znova bych tam nešla. vadili mi tam ostatní, hlavně bezdomovci alkoholici. Do krizového centra jsem šla jenom na ten pohovor

jestli by mě vzali, ale když zjistili že beru drogy tak mi řekli, že mě nevezmou. S káčkem dobrá zkušenost.

R9: V tom krizovym centru mě vzali na pohovor, ptali se jestli beru tak jsem jim řekl že jo, to se jim nelíbilo, nakonec mi řekli, že berou jen rodiny s dětma. Tak jsem to neřešila, ale znova bych tam nešla. Na noclehárnu jsem chvíli chodila, tam se to dalo ale připadalo mi, že všichni ví že jem feťáčka, necejtila sem se tam moc dobře. V komunitě to bylo v pohodě, jsou tam s váma lidi co jsou taky na drogách tak maj podobný problémy. Jo a v Káčku taky dobrý.

R10: Na noclehárně to bylo blbý s ostatníma co tam byli, z ulice věděli že beru drogy, to některý moc nemusej. Ale jako když je v zimě nejhůř tak tam asi zase půjdu. Jinak ubytovna na azyláku blbý, po čase se dozvěděli že beru. V káčku sem nikdy problém neměl.

KATEGORIE Č. 3 – PROBLÉMY, PŘEKÁŽKY PŘI VYUŽÍVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

R1: V azylovým domě jsem měla problém s přístupem sociálních pracovníků ke mně. V jednom z domovů když jsem řekla, že jsem užívala pervitin, tak mě pokaždý když jsem se vracela kontrolovaly, jestli u sebe nemám jehly nebo drogy, v tu dobu jsem ale byla čistá a nebrala. Myslim si, že ke mně měly horší přístup, když jsem jim o užívání drog řekla. Nedalo se to dlouho vydržet.

V druhým azyláku jsem taky při pohovoru řekla, že jsem užívala drogy, v tu dobu jsem si dala jen občas, jednou jsem kamarádce byla vyměnit insulky v Káčku, našly je u mě na azyláku, řekla jsem, že nejsou pro mě, nechtěli mi věřit, ale pak jsme se domluvili, že se to nebude opakovat a nechali mě tam. Potom mi umřela máma, byla jsem na tom dost špatně s nervama, pořád jsem brečela, jednou jsem se když jsem přišla na azylák pozdě pohádala s pracovnící, byla jsem nepříjemná a pracovnice mě obvinila, že jsem pod vlivem drog. Poslala mě do ambulance a řekla, že tam musím chodit a spolupracovat abych mohla zůstat v azyláku. Chvíli jsem tam chodila, ale dlouho jsem to nevydržela.

V krizovým centru jsem problémy neměla, věděli, že užívám drogy už z minulosti, když jsem tam byla chvíli po léčbě. Ale taky věděli, že už mi dvě děti sebrali do ústavu, takže když jsem tam byla s nejmladší holčkou, pořád říkali, jestli si jí nechám sebrat taky.

R2: Žádný problémy s pracovníkama jsem neměl. Jednou v azyláku mě akorát jeden týpek nadával, že jsem feťák a pomlouval mě u ostatních, nějak jsem to neřešil, někdy to je tak lepší.

R3: V azyláku mě už znali z minule, takže věděli že беру, po výkonu jsem ale chvíli nebral. Jednou jsem potřeboval jít večer pryč, chtěl jsem se s nima domluvit ale nešlo to. Potom jsem jednou přišel večer pozdě zpátky, tak mi říkali že určitě zase беру a jestli u sebe nemám stříkačky, to mně naštvalo, křičel jsem a prej byl agresivní, tak mě vyhodili. Připadal jsem si jako zpátky v kriminálu. Pak jsem skončil zpátky na ulici a zase začal brát.

Na noclehárně to bylo většinou v pohodě, ale někdy když tam byli bezdomovci, tak ví, že jsem feťák a nechci tam s nima být, tak tam moc nechodím.

R4: Jo problém jsem měla v jednom káčku se zdravotní sestrou ještě když jsem byla těhotná. Když jsem zjistila, že jsem v tom tak jsem nepřestala brát, ta sestra na mě tenkrát byla pěkně naštvaná a protivná když jsem si chodila měnit stříkačky.

Na krizový centrum mě nevzali kvůli tomu že jsem brala. Nechtěli tam mít problémy.

R5: Jak jsem říkal, po nějaký době v azyláku přišla nová pracovnice a od začátku sme si nasedli, na mě byla taková uječená, pořád mi říkala jiným příjmením a to mě štválo. Až jednou jsem se neudržel a začal jsem na ní křičet když ona taky pořád ječela, byl jsem i drzej tak mě vyhodili pro porušování pravidel.

R6: Na žádný problémy s nima si fakt nevzpomínám. Do jiných služeb nechodím, vždycky sem se o sebe nějak postaral, musel jsem a nejsem zvyklej někde votravovat. Jsem feťák, ty ostatní lidi moc nemusej tak ani nikam jinam nechodím. Většinou na mě všichni zíraj jak na blázna, někdo se mě i bojí kvůli tomu jak vypadám. Necítil bych se mezi ostatníma asi ani dobře.

R7: Problémy jsem nikdy neměl, snažim se nedělat problémy. V komunitě jsem s nikým odtamtud neměl problém, ostatní co se léčili bylo v pohodě, tak byli sme tam všichni asi za stejným účelem. Z pracovníků tam taky všechno v pohodě když ste dodržovali řád a pravidla komunity.

No a pracovníci v Káčku taky bez problému, i když jsem měl blbej den tak mě vždycky brali.

R8: Na noclehárně mi vadili alkoholici co tam byli. Alkoholici mají úplně jiný starosti než my mi přijde a většinou si s náma moc nerozumí, jako úplně jsme neměli spolu nějaký konflikt ale není mi s nima příjemně.

V tom krizovym centru kam sem šla když jsem přišla o byt tak mě po tom pohovoru kde se mělo rozhodnout jestli mě vezmou odmítli. Jak sem říkala, maj špatnou zkušenost s uživatelema drog říkala ta pracovnice tak mě prej nemohli vzít a poslali mě právě na azylák.

No a v Káčku to bylo většinou bez problému, akorát jednou na mě nedáno byla našťvaná sestřička která mi ošetřovala nohy- bércáky. Nepřišla jsem na převaz jako jsme se domluvily, ale jako myslí to s náma dobře.

R9: V tom krizovym centru mi řekli, že berou jen rodiny s dětma. Na noclehárnu - připadalo mi, že všichni ví že jem feťačka, necejtila sem se tam moc dobře.

R10: ostatní z ulice věděli že beru drogy, to některý moc nemusej. Nedělal sem problémy ale jedný pracovníci to pak začalo vadit, asi se bála že tam budu dělat bordel a krást. Pořád hledala nějaký blbosti za který by mě mohla napomínat, pak se to nasčítalo a vyhodili mě odtamtud.

KATEGORIE Č. 4 a 5 – OSTATNÍ VYUŽÍVANÉ SLUŽBY a ZKUŠENOST S TĚMITO SLUŽBAMI

R1: chodila jsem na úřad práce kvůli hmotný nouzi, jedna pracovnice věděla, že beru drogy, tak mě pořád posílala do různých služeb, já tam ale nechtěla chodit a taky mi vybírala práce který jsem ale nemohla dělat, protože jsem u sebe měla holku. Ted' mám pracovníci, která je v pohodě a nemam s ní problém. Ke kurátorovi jsem chvíli taky chodila, tam to bylo v pohodě.

R2: Na pracáku evidovanej nejsem, chodim na brigády takže peníze mám. U kurátora jsem nikdy nebyl.

R3: Ted' nedávno jsem se dostal do Hausing fit nebo tak něco, prostě mi pomůžou najít byt a nemuset platit hodně, to je fajn, vyplňovali sme dotazník a ví, že beru a nevádí to, můžu i tak dostat byt.

R4: Byla jsem na úřadu práce. Pak jsem se na to vykašlala a na pracáku řekla, že od nich nic nechci. Pak už jsem tam nešla.

R5: Chodil jsem ke kurátorce chvíli po výkonu trestu, ta mi pomohla najít bydlení n azyláku, věděla že jsem bral drogy tak mi radila že bych měl někam chodit abych do toho zase nespád, ale já jí neposlechl. Jinak byla v pohodě, na nic si nehrála a nechovala se ke mně hnusně.

R6: Byl sem několikrát na pracáku. Pak tam se mnou jednou šli teréňáci a to bylo v pohodě, mluvili se mnou na pracáku normálně a nepřípadal sem si tak blbě jako minule.

R7: Na úřadě práce jsem byl evidovanej, snažil sem se na ty schůzky chodit ale kolikrát sem zapomněl, pracovnice se mnou měla docela trpělivost ale stejně sem tam nebyl dlouho. Znova jsem se tam už nezapisoval, mám různý brigády tak nepotřebuju aby mi dával někdo peníze.

R8: Byla jsem registrovaná na úřadu práce několikrát, zkušenost celkem špatná. Ale vždycky tak 3 měsíce, pak mě vyřadili, nechodila sem na schůzky. Ty byly docela často.

R9: Jednu dobu sem chodila ke kurátorovi pro dospělý, byl to takovej v pohodě chlápek. Snažil se mi pomoci s bydlením.

R10: Chodil sem ke kurátorovi, tam to bylo v pohodě. Pak jsem byl několikrát se evidovat na úřadu práce, znova bych tam už nešel, ať si ty peníze nechaj.

KATEGORIE Č. 6 PŘEKÁŽKY PŘI VYUŽÍVÁNÍ SLUŽEB ÚŘADU PRÁCE

R1: , jedna pracovnice věděla, že беру drogy, tak mě pořád posílala do různých služeb, já tam ale nechtěla chodit a taky mi vybírala práce který jsem ale nemohla dělat, protože jsem u sebe měla holku.

R4: Na úřadu práce mě jedna pracovnice znala z dřívějšíka ještě než jsem nastoupila do výkonu, pamatovala si mě a věděla že беру drogy. Byla na mě nepříjemná a neochotná.

R6: úřednice byla taková divná asi se mě bála, byla nepříjemná a jenom mi dala papíry na hmotku, já ale vůbec nevěděl co s nima tak sem se na to vykašlal.

R8: hlavně mě pořád někam posílali i když bylo jasné že mi tu práci nedaj. To mě pak přestalo bavit tam chodit, připadala jsem si pěkně blbě když mě pořád odmítali a posílali si mezi sebou.

R10: ta pani na pracáku byla nepříjemná, dala mi do ruky papíry ať vyplním, pak se mě ptala na bydlení a ještě řekla, že jestli беру drogy ať si nemyslim, že něco dostanu. Pak mě pořád posílala na různý práce, kde mě ale všude odmítli.

KATEGORIE Č. 7– LEPŠÍ PŘÍSTUP KE SLUŽBÁM Z HLEDISKA KLIENTŮ

R1: Chtěla bych aby s námi zacházeli stejně jako s ostatníma, to že беру drogy neznamená, že budu dělat jenom problémy. I když i takový znám. Radši řeknu narovinu že jsem brala než si pořád dávat před někým pozor a bát se, jestli vás někdo nezná už z minulosti.

R2: Všechno je v pohodě, nic mě nenapadá.

R3: Nerad tajím, že beru, stejně většina lidí se tam střídá a ví, že jsem bral nebo beru.

R4: To, že beru je moje rozhodnutí a třeba k němu mám i svoje důvody, podařilo se mi přestat ale je to těžký.

R5: Já nevím, prostě už nechodím tam kde mě nechtěj. Káčko je pro nás co bereme a dá se s nima v klidu mluvit, tak kdyby se tak dalo mluvit i s ostatníma to by bylo dobrý. A jako s tou kurátorkou.

R6: mě by pomohlo kdyby mě brali takovýho jakej jsem, jo beru ale snažím se tím ostatní neotrávovat, sice vypadám trochu blbě ale kdyby mě lidi brali jako ty co pracujou v káčku, to by bylo fajn.

R7: Já bych řekl že ten přístup tam je pro všechny když se chováte normálně a trochu slušně, ale jako vim že to je taky trochu o tom na koho narazíte, třeba na tom pracáku.

R8: No to že beru drogy nemusí znamenat že budu dělat problémy jako všichni ostatní, jo někdy nemám dobrý dny ale to má asi každej. A neposílat mě po všech čertech, abych si pak nepřipadala jako někdo divnej.

R9: Já to mám tak, že chodím jen tam kde vim že mě berou a nemusím si hrát na něco jinýho. Je jasný, že se člověk musí chovat slušně.

R10: Asi aby se k nám chovali stejně jako k normálním lidem, to že beru je nijak neomezuju.